



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**  
RPS nº. 443859, emitido em 19/08/2021, conversão em  
19/08/2021

Número da Nota  
423254  
Data e Hora de Emissão  
19/08/2021 00:00:00  
Código de Verificação  
4N5R540Q

**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:** contabilidade@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\$ 689,93

20 AGO. 2021

**VALOR TOTAL DA NOTA - R\$689,93**

**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                           | 689,93                | 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 isentos do ISS.

Agrupamento: 3 - CONTAS AMBULATORIAIS - EX Tipo de Agrupamento: CONTA AMBULATORIAL

Remessa: 159323 Competência: 08/2021 Entrega: 20/08/2021

Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



Nota Fiscal:

Período

| Início     | Término    | Guia TISS | Guia    | Nr.Conta | Atendimento                     | Nr. Carteira | Valor  |
|------------|------------|-----------|---------|----------|---------------------------------|--------------|--------|
| 11/08/2021 | 11/08/2021 | 3604      | 3604    | 1846785  | 3422688 FERNANDA DA SILVA       | 377553       | 61,00  |
| 05/08/2021 | 05/08/2021 | 3525005   | 3525005 | 1843258  | 3416947 RAQUEL LANGARO DA SILVA | 280796       | 628,80 |

Total : 2 689,80  
Total Geral : 2 689,80

|                                       |  |                                                     |  |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000            |  | 3 - Número da Guia Principal                        |  |
| 4 - Data de Autorização<br>11/08/2021 |  | 5 - Senha<br>3604                                   |  |
| 6 - Data Validade da Senha<br>3604    |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>3604 |  |

|                                    |                                        |
|------------------------------------|----------------------------------------|
| Dados do Beneficiário              |                                        |
| 8 - Número da Carteira<br>377553   | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2022 |
| 10 - Nome<br>FERNANDA DA SILVA     |                                        |
| 11 - Cartão Nacional de Saúde<br>N |                                        |

|                                                               |                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Solicitante                                          |                                                                                         |
| 13 - Código na Operadora<br>76591569000130                    | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>THAIS SILVA LOURENCO |                                                                                         |
| 16 - Conselho Profissional<br>6                               |                                                                                         |
| 17 - Número no Conselho<br>44797                              |                                                                                         |
| 18 - UF<br>41                                                 |                                                                                         |
| 19 - Código CBO<br>225270                                     |                                                                                         |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                   |                                                                                         |

|                                                          |                                        |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados |                                        |
| 21 - Caráter Atendim.<br>1                               | 22 - Data da Solicitação<br>11/08/2021 |
| 23 - Indicação Clínica                                   |                                        |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento               | 26 - Descrição                         |
| 27 - QI Solic.<br>28 - QI Autoriz.                       |                                        |

|                                            |                                                                                         |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Executante             |                                                                                         |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130 | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR 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)<br>9 |
| 34 - Tipo de Consulta                      |                                                                  |
| 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |                                                                  |

|                                                       |                               |                             |                   |                               |                                            |                 |                  |                   |                                 |                                    |                                 |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------------------|--------------------------------------------|-----------------|------------------|-------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados |                               |                             |                   |                               |                                            |                 |                  |                   |                                 |                                    |                                 |
| 36 - Data<br>11/08/2021                               | 37 - Hora Inicial<br>14:04:48 | 38 - Hora Final<br>14:04:48 | 39 - Tabela<br>22 | 40 - Procedimento<br>40803120 | 41 - Descrição<br>RX - Mao ou quirodactilo | 42 - QIe<br>001 | 43 - Via<br>1.00 | 44 - Tec<br>61.08 | 45 - Fator Red./Acreso<br>61.08 | 46 - Valor Unitário (R\$)<br>61.08 | 47 - Valor Total (R\$)<br>61.08 |

|                                                    |                                                           |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) |                                                           |
| 48 - Seq./Rel.<br>49 - Grau Part.                  | 50 - Código na operadora/CPF<br>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\$)<br>61.08 | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00 | 61 - Total Materiais (R\$)<br>0.00 | 62 - Total de CPME (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>61.08 |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|

|                                                 |  |                                                |  |
|-------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |
|-------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|

LIZINEIA. Data/Hora: 19/08/2021 10:15:14 Conta/Lote: 1846785 Atendimento: 3422688 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

 1846785 11 1



2007



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

2 - Nº Guia em Processo

SETOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

|                                                   |  |                                                |  |                                       |  |                                                 |  |                                                              |  |                                       |  |                                            |  |
|---------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                                  |  | 3 - Número da Guia Principal                   |  | 5 - Sessão                            |  | 6 - Data de Validade da Sessão                  |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora                  |  | 11 - Centro Nacional de Saúde         |  | 12 - Atendimento a RN                      |  |
| 4 - Data da Autorização                           |  | 5 - Sessão                                     |  | 9 - Validade da Carteira              |  | 10 - Nome                                       |  | 14 - Nome do Contratado                                      |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante |  | 16 - Conselho Profissional                 |  |
| 8 - Número da Carteira                            |  | 9 - Validade da Carteira                       |  | 10 - Nome                             |  | 14 - Nome do Contratado                         |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante                        |  | 16 - Conselho Profissional            |  | 17 - Número no Conselho                    |  |
| 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                            |  |
| 21 - Cartão do Atendimento                        |  | 22 - Data da Solicitação                       |  | 23 - Indicação Clínica                |  | 24 - Tabela                                     |  | 25 - Código do Procedimento                                  |  | 26 - Depoimento                       |  | 27 - Cód. Solic.                           |  |
| 28 - Código na Operadora                          |  | 30 - Nome do Contratado                        |  | 31 - Código CNES                      |  | 32 - Tipo de Atendimento                        |  | 33 - Indicação de Acidente (incidente 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 - Cód.                                  |  |
| 43 - Seq. Ref.                                    |  | 49 - Grau Part.                                |  | 50 - Código na Operadora              |  | 51 - Nome do Profissional                       |  | 52 - Conselho Profissional                                   |  | 53 - Número no Conselho               |  | 54 - UF                                    |  |
| 55 - 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 Profissional            |  |

Dra. Thais Silva Loureiro  
CRM 117.447/97

48 de Maio 0 AP + P + G + 5000 AP + P

73008



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Fernanda da Silva

Nº da Carteira: 3.7.7553

Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 02/01/2008

Nº da Guia: 3604



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade                |
|--------------------|----------|--------|--------------------------|
| 11/08/2021         | 10:49:00 | Quadra | Intervalo (Ex.: recreio) |

| O que aconteceu                    | Partes do corpo                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| Bateu o dedo mindinho no pinbolin. | Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita |

## Descrição

A aluna estava brincando no pinbolin e bateu o dedo mindinho. Aplicamos gelol e gelo.

## Testemunha da ocorrência

Munick da Cruz

## Telefone

(41) 3051-8550

## Quem prestou primeiros socorros

Munick da Cruz

## Data

11/08/2021

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

## Observações

O aluno retornou para a sala, notificamos os pais do ocorrido e encaminhamos a guia AMA.

Munick Cruz  
Coord. Disciplinar

Ass.:

*Munick Rodrigues*

Munick Rodrigues Dos Santos Da Cruz

*[Assinatura]*

**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



## Centro de Imagem

### Radiologia Geral

|                     |                          |         |         |              |                     |
|---------------------|--------------------------|---------|---------|--------------|---------------------|
| Prontuário:         | 262348                   | Pedido: | 1078922 | Atend:       | 3422688             |
| Paciente:           | <b>FERNANDA DA SILVA</b> |         |         |              |                     |
| Convênio:           | CLINICA ADVENTISTA       |         |         |              |                     |
| Médico Solicitante: | THAIS SILVA LOURENCO     |         |         | Cod. Exame:  | 76                  |
|                     |                          |         |         | Data Pedido: | 11/08/2021 14:04:00 |
|                     |                          |         |         | Data Laudo:  | 12/08/2021 15:15:19 |

### RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Incidências: frente e oblíqua.

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

111



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

2 - Nº Guia no Prestador 3416947000000

1 - Registro ANS 000000

4 - Data da Autorização

5 - Número da Guia Principal

6 - Data Validade da Semta

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome da Beneficiária

9 - Nome

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 - Caráter Atendim.

22 - Data da Solicitação

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

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo 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 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlue

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

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

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 OpME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Casos Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Contratado

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Contratado

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Contratado

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Contratado

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Contratado

112 - Assinatura do Contratado

113 - Assinatura do Contratado

114 - Assinatura do Contratado

115 - Assinatura do Contratado

116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Contratado

118 - Assinatura do Contratado

119 - Assinatura do Contratado

120 - Assinatura do Contratado

121 - Assinatura do Contratado

122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Contratado

124 - Assinatura do Contratado

125 - Assinatura do Contratado

ADRIANE.

Data/Hora: 05/08/2021 10:47:09

Conta/Lote: 1843258

Atendimento: 3416947

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1/1



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

2. Nº de Guia

SETOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

3. Nome do Profissional

4. Data da Autorização

5. Senha

1. Registro ANS

2. Número da Guia Principal

3. Data de Validade da Senha

4. Número da Carteira

5. Validade da Carteira

6. Nome

7. Número da Guia Atribuído pela Operadora

8. Cartão Nacional de Saúde

9. Atendimento a RM

Dados do Solicitante

10. Nome do Contratado

11. Nome do Profissional Solicitante

12. Conselho Profissional

13. Número no Conselho

14. UF

15. Código CBO

16. Assinatura do Profissional Solicitante

17. Assinatura de Médicos e Castella

18. CRM-PR 46558

19. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

20. Assinatura do Contratado

21. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

22. Assinatura do Contratado

23. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

24. Assinatura do Contratado

25. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

26. Código do Procedimento ou Item Assistencial

27. Descrição

28. Indicação Clínica

29. Nome do Contratado

30. Nome do Contratado

31. Código CNES

32. Tipo de Atendimento

33. Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

34. Tipo de Consulta

35. Motivo de Encerramento do Atendimento

36. Data

37. Hora Inicial

38. Hora Final

39. Código do Procedimento

40. Descrição

41. Qtd.

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

42. Data

43. Hora Inicial

44. Hora Final

45. Código do Procedimento

46. Descrição

47. Qtd.

48. Valor Unitário (R\$)

49. Valor Total (R\$)

50. Nome do Profissional

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

75. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76. Assinatura do Contratado

77. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78. Assinatura do Contratado

79. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80. Assinatura do Contratado

81. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82. Assinatura do Contratado

83. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84. Assinatura do Contratado

85. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86. Assinatura do Contratado

87. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88. Assinatura do Contratado

89. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90. Assinatura do Contratado

91. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92. Assinatura do Contratado

93. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94. Assinatura do Contratado

95. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96. Assinatura do Contratado

97. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98. Assinatura do Contratado

99. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100. Assinatura do Contratado

101. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102. Assinatura do Contratado

103. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104. Assinatura do Contratado

105. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106. Assinatura do Contratado

107. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108. Assinatura do Contratado

109. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110. Assinatura do Contratado

111. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112. Assinatura do Contratado

113. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114. Assinatura do Contratado

115. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116. Assinatura do Contratado

117. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118. Assinatura do Contratado

119. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120. Assinatura do Contratado

121. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122. Assinatura do Contratado

123. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124. Assinatura do Contratado

125. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126. Assinatura do Contratado

127. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128. Assinatura do Contratado

129. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130. Assinatura do Contratado

131. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132. Assinatura do Contratado

133. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134. Assinatura do Contratado

135. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136. Assinatura do Contratado

137. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138. Assinatura do Contratado

139. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140. Assinatura do Contratado

141. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142. Assinatura do Contratado

143. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144. Assinatura do Contratado

145. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146. Assinatura do Contratado

147. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148. Assinatura do Contratado

149. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150. Assinatura do Contratado

151. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152. Assinatura do Contratado

153. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154. Assinatura do Contratado

155. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156. Assinatura do Contratado

157. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158. Assinatura do Contratado

159. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160. Assinatura do Contratado

161. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162. Assinatura do Contratado

163. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164. Assinatura do Contratado

165. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166. Assinatura do Contratado

167. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168. Assinatura do Contratado

169. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170. Assinatura do Contratado

171. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172. Assinatura do Contratado

173. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174. Assinatura do Contratado

175. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176. Assinatura do Contratado

177. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178. Assinatura do Contratado

179. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180. Assinatura do Contratado

181. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182. Assinatura do Contratado

183. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184. Assinatura do Contratado

185. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186. Assinatura do Contratado

187. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188. Assinatura do Contratado

189. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190. Assinatura do Contratado

191. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192. Assinatura do Contratado

193. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194. Assinatura do Contratado

195. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196. Assinatura do Contratado

197. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198. Assinatura do Contratado

199. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200. Assinatura do Contratado

201. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

202. Assinatura do Contratado

203. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

204. Assinatura do Contratado

205. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

206. Assinatura do Contratado

207. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

208. Assinatura do Contratado

209. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

210. Assinatura do Contratado

211. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

212. Assinatura do Contratado

213. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

214. Assinatura do Contratado

215. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

216. Assinatura do Contratado

217. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

218. Assinatura do Contratado

219. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

220. Assinatura do Contratado

221. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

222. Assinatura do Contratado

223. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

224. Assinatura do Contratado

225. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

226. Assinatura do Contratado

227. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

228. Assinatura do Contratado

229. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

230. Assinatura do Contratado

231. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

232. Assinatura do Contratado

233. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

234. Assinatura do Contratado

235. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

236. Assinatura do Contratado

237. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

238. Assinatura do Contratado

239. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

240. Assinatura do Contratado

241. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

242. Assinatura do Contratado

243. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

244. Assinatura do Contratado

245. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

246. Assinatura do Contratado

247. Assinatura do Beneficiário ou Responsável

248. Assinatura do Contratado

249



| <b>Centro de Imagem</b>                        |                 |                                  |                                 |
|------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <b>Tomografia Computadorizada</b>              |                 |                                  |                                 |
| Prontuário: 414728                             | Pedido: 1076750 | Atend.: 3416947                  |                                 |
| Paciente: <b>RAQUEL LANGARO DA SILVA</b>       |                 |                                  |                                 |
| Convênio: CLINICA ADVENTISTA                   |                 |                                  |                                 |
| Médico Solicitante: LUCAS STATHACOS E CASTELLA |                 | Data Pedido: 05/08/2021 08:34:00 | Data Laudo: 11/08/2021 13:28:42 |

### **TOMOGRAFIA DO JOELHO DIREITO - PROTOCOLO DE LYON**

**Indicação:** luxação da patela.

**Técnica:** exame realizado através de aquisição volumétrica do joelho ao repouso e com rotação externa dos pés em 15°, bem como da articulação femoropatelar durante a contração quadricipital e a flexão do joelho a 30°, obtendo-se imagens no plano axial e reconstruções multiplanares.

**Comentários:**

Patela: descentralização e desvio rotacional lateral da patela ao repouso e exacerbado à contração quadricipital. Ângulo de báscula da patela: 7° ao repouso e 15° à contração quadricipital.

Ocorre boa congruência com a flexão do joelho.

Morfologia patelar: tipo II de Wiberg.

Índice de Insall-Salvati: 1,33 (> 1,3: patela alta).

Tróclea: displasia troclear tipo I de Dejour.

Ângulo de inclinação lateral da tróclea de 3° (> 11° normal).

Ângulo do sulco troclear: 151° (< 145° normal).

Profundidade do sulco troclear: 1,1 mm (> 3 mm normal).

Distância TA-GT: 23 mm (superior ao percentil 97 para a idade). <sup>1</sup>

Achados adicionais: pequeno derrame articular e discretas fraturas com aplanamento cortical lateral no côndilo femoral externo e inferomedial na patela (pós-luxação femoropatelar).

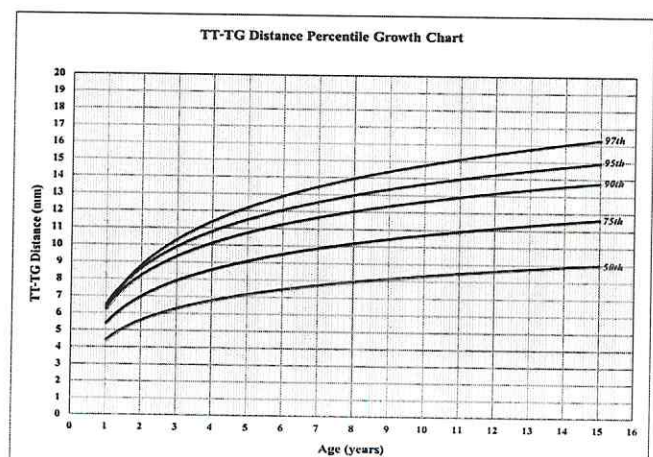
**Impressão:**

Sinais de instabilidade femoropatelar, com: luxação lateral da patela, patela alta, displasia troclear e aumento do TA-GT.

[<sup>1</sup>] DICKENS, Aaron J. et al. Tibial tubercle-trochlear groove distance: defining normal in a pediatric population. JBJS, v. 96, n. 4, p. 318-324, 2014.



**BRUNO MAURICIO PEDRAZZANI**  
CRM: 19452



# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Raquel Langaro da Silva

Nº da Carteira: 2.80.796

Instituição: Escola Adventista Fazenda Rio Grande - EIEF

Data de Nascimento: 29/12/2005

Nº da Guia: 3525.005



| Data do Retorno | Horário  | Local   | Atividade               |
|-----------------|----------|---------|-------------------------|
| 20/07/2021      | 12:13:00 | Ginásio | Aula de educação física |

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

## Descrição

A aluna se chocou com outro colega e deslocou o joelho, deitou no chão com dor enquanto o professor observava, o joelho voltou para o local.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Marcos                   | (41) 99773-5587 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Professor Marcos e os Monitores | 20/07/2021 |

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

## Motivo do Retorno

solicitação de tomografia do joelho direito (protocolo de Lyon)

Ass.:

  
Diego Henrique De Jesus Frata

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

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