

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

Remessa: 160944

Competência: 09/2021

Entrega: 20/09/2021



Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Nota Fiscal:

Período

Início	Término	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
27/08/2021	27/08/2021	3709	3709	1856027	3437690 ANDRE DE OLIVEIRA KARAKAWA	3709	116,72
10/09/2021	10/09/2021	3798	3798	1863212	3448747 ISABELA SAITO FRAGOSO	3798	61,08
02/09/2021	02/09/2021	5493	5493	1859251	3442967 MANUELLA ZANCA COELHO	5493	58,36
						Total : 3	236,16
						Total Geral : 3	236,16

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização 27/08/2021		5 - Semia 3709	
6 - Data Validade da Semia 31/12/2021		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3709	
8 - Nome do Beneficiário 3709		9 - Nome ANDRE DE OLIVEIRA KARAKAWA	
10 - Nome ANDRE DE OLIVEIRA KARAKAWA		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 VICTOR HUGO MARIANO RAMOS		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 25919	
18 - Código CBO 225270		19 - Assinatura do Profissional Solicitante			

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		21 - Cardíer Atendim. 1		22 - Data da Solicitação 27/08/2021		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 (Acidente ou Doença Relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
----------------------	--	------------------------------------	--	---	--	-----------------------	--	--	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 1		37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 15:55:03 15:55:03		39 - Tabela 22		40 - Procedimento 40804089		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\$) 58.36		47 - Valor Total (R\$) 58.36	
		2		15:55:03 15:55:03		22		40804097		RX - Pe ou pododactilo		001								58.36		58.36	

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

59 - Total Procedimentos (R\$) 116.72		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 Gases Médicos (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 116.72	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado									

LIZINEIA. Data/Hora: 20/09/2021 08:35:40 Contat./ote: 1856027 Atendimento: 3437690 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 1856027 1 / 1

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

2 - Nº Guia no Prestador: 18678

Clinica Adventista
de Curitiba

36347900
10/07/2020

1 - Registro ANS 0

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Semia

6 - Data Validade da Semia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

3709

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ANDRE DE OLIVEIRA KARAKAWA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

59

14 - Nome do Contratado

VICTOR HUGO MARIANO RAMOS

15 - Nome do Profissional Solicitante

VICTOR HUGO MARIANO RAMOS

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

25919

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

LUCAS BECKER DE MATIZ
CRM/PR 43.983

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

27/08/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25

26 - Descrição

RX - Pe ou pododactilo

40804097

27 - Cide. Solic.

1

28 - Cide. 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 Reacionada)

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 - Cide.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Falt. Red/Acresc.

46 - Valor Unitário(R\$)

47 - Valor Total(R\$)

1- / /

2- / /

3- / /

4- / /

5- / /

6- / /

7- / /

8- / /

9- / /

10- / /

11- / /

12- / /

13- / /

14- / /

15- / /

16- / /

17- / /

18- / /

19- / /

20- / /

21- / /

22- / /

23- / /

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 27/08/2021 15:45:26

Atendimento: 3437643

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE

3437643

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: André de Oliveira Karakawa

Nº da Carteira: 2.32.4590

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 12/10/2005

Nº da Guia: 3709



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/08/2021	12:57:00	Escada	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Descendo a escada, torceu o tornozelo direito, que inchou muito.

Testemunha da ocorrência

Luan Henrique França

Alexandro Gaspar

Telefone

(41) 3378-6274

(41) 99681-9583

Quem prestou primeiros socorros

Luan Henrique França

Data

27/08/2021

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

Observações

Pai está se dirigindo ao Colégio para acompanhar o aluno.

Ass.:

Roberta Silva Ribeiro

Roberta Silva Ribeiro Carvalho
Secretária Ato Nº 05/2019

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

Centro de Imagem

Radiologia Geral

Prontuário:	572118	Pedido:	1084290	Atend:	3437690
Paciente:	ANDRE DE OLIVEIRA KARAKAWA				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA		Cod. Exame:	94	
Médico Solicitante:	VICTOR HUGO MARIANO RAMOS		Data Pedido:	27/08/2021 15:55:00	
			Data Laudo:	02/09/2021 14:21:25	

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO E PÉ DIREITOS

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 NICOLODELLI
CRM: 14702

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

2 - Nº Guia no Prestador 3448747000000

1 - Registro ANS
 000000

3 - Número da Guia Principal
 3798

4 - Data da Autorização 10/09/2021 **5 - Senha** 3798 **6 - Data Validade da Senha** 30/12/2021 **7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora** 3798 **10 - Nome** ISABELA SAITO FRAGOSO **11 - Cartão Nacional de Saúde** N

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 3798 **9 - Validade da Carteira** 30/12/2021 **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 ANDRE MARCELO OKURA **16 - Conselho Profissional** 6 **17 - Número no Conselho** 23173 **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** 10/09/2021 **23 - Indicação Clínica**

Dados do Contratado Executante

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição **27 - Cl. Solic.** **28 - Cl. Autoriz.**

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 - Qtd	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
10/09/2021	19:00:27	19:00:27	22	40803120	RX - Mao ou quirodactilo	001		1,00		61,08	61,08

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 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 61.08 **60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)** 0.00 **61 - Total 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\$)** 61.08

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

LIZINEIA. **Data/Hora:** 20/09/2021 08:38:37

Conta/ote: 1863212

Atendimento: 3448747

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1863212

3448747 1088452

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

3798

9 - Validade da Carteira

30/12/2021

10 - Nome

ISABELA SAITO FRAGOSO

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

ANDRE MARCELO OKURA

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

23173

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

10/09/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Q1.Solic.

28 - Q1.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

37 - Hora Inicial 38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qide

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - 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 Gases Medicinais (R\$)

65 - Assinatura do Contratado

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

JOELMA.

Data/Hora: 10/09/2021 19:00:46

Conta/Lote: 1863212

Atendimento: 3448747

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1863212

1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Isabela Saito Fragoso
Nº da Carteira: 2.32.4457
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 30/07/2010

Nº da Guia: 3798

Data da Ocorrência	Horário	Local
10/09/2021	16:30:00	Quadra

Atividade

Aula de educação física

O que aconteceu

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

Partes do corpo

5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Bola bateu levando o dedo para trás,,

Testemunha da ocorrência

Professora. Patricia

Telefone

(41) 3051-8600

Local de atendimento

HPP - Hospital Pequeno Príncipe

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde, Curitiba
- PR

Telefone

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

Observações

Será levado pela mãe,,

Prof. Rudimar Nemitz
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Rudimar Roberto Nemitz

10/09/2021

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

Impresso por: Rudimar Roberto Nemitz

1 de 1

10/09/2021 16:33

[Handwritten signature]

Centro de Imagem

Radiologia Geral

Prontuário:	98944	Pedido:	1088452	Atend:	3448747
Paciente:	ISABELA SAITO FRAGOSO				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA		Cod. Exame:	76	
Médico Solicitante:	ANDRE MARCELO OKURA		Data Pedido:	10/09/2021 19:00:00	
			Data Laudo:	13/09/2021 18:09:57	

RADIOGRAFIA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO:

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital*.

Irregularidade sugestiva de fratura na metáfise proximal da falange proximal.

Congruência articular mantida.

Superfícies e espaços articulares preservados.

Aumento do volume das partes moles.

*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

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

2 - Nº Guia no Prestador 3442967000000

1 - Registro ANS 000000 5 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 02/09/2021 5 - Sentia 5493 6 - Data Validade da Sentia 5493

8 - Número da Carteira 5493 9 - Validade da Carteira 31/12/2021 10 - Nome MANUELLA ZANCA COELHO 12 - Atendimento a RV 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 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 02/09/2021 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 (Acidente ou Doença Relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 02/09/2021 37 - Hora Inicial 14:33:39 38 - Hora Final 14:33:39 39 - Tabela 40 - Procedimento 40804097 41 - Descrição RX - Pe ou pododactilo 42 - Cide 001 43 - Via 1.00 44 - Tec 58.36 45 - Fator Red./Acresc. 58.36 46 - Valor Unitário (R\$) 58.36 47 - Valor Total (R\$) 58.36

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Sex./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\$) 58.36 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Casos Medicinas (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 58.36

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



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde

Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

NOME COMPLETO DO ALUNO:	MANUELLA ZANCA COELHO	Nº DA MATRÍCULA:	5493
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO:	Col. Adv. ALTO BOQUEIRÃO	TELEFONE:	3054-8600
ENDEREÇO:	BOM PASTOR - 606	CIDADE:	CTBA
		UF:	PR

DATA DA OCORRÊNCIA:	NATUREZA DO ACIDENTE:	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:
02/09/2021	() ATROPELAMENTO	() ATLETISMO
	() BRIGA	() CAMA ELÁSTICA
	() CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO	() DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO
HORÁRIO DO ACIDENTE:	(X) CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA	() EDUCAÇÃO FÍSICA
13H00	() CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO	() GINÁSTICA OLÍMPICA
	() CORPO ESTRANHO	() JOGO DE BASQUETE
	() QUEIMADURA	() JOGO DE FUTEBOL
LOCAL ONDE OCORREU:	() QUEDA	() JOGO DE HANDEBOL
INTEGRAL	() TORÇÃO	() JOGO DE VOLEY
	() TRAUMA	() NATAÇÃO
	() TRAUMA COM BOLA	() RECREIO
	() OUTROS	() SALA DE AULA
	QUAL?	(X) OUTROS
		QUAL? DESCANSO APÓS ALMOÇO

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

Houve um 'empurrão empurrão' entre alunos e o mesmo pisou em seu pé, machucando o dedinho.

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:

NOME: GISELE

Prof. Rhoadi Nemeiz
Coordenador Disciplinar

TELEFONE 3054-8600

NOME:

TELEFONE:

QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?

A MESMA

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorriho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br

[Handwritten signature]

Centro de Imagem

Radiologia Geral

Prontuário: 572764	Pedido: 1086196	Atend: 3442967
Paciente: MANUELLA ZANCA COELHO		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA	Cod. Exame: 94	
Médico Solicitante: LETICIA GRAZIELLY WAGNER	Data Pedido: 02/09/2021 14:33:00	
	Data Laudo: 02/09/2021 15:07:52	

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

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