

Atendimento: 3508353 - GABRIELLY LUIZA CARNIO MACIEL Lote: 1900421 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remes

Paciente....: GABRIELLY LUIZA CARNIO MACIEL Data de Nasc.: 16/08/2012  
Convênio....: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Plano.....: EMPRESARIAL  
Medico/CRM.: VICTOR HUGO MARIANO RAMOS / 25919  
Guia.....: 3508353000 Validade.:  
Carteira....: 3302648 Validade.: 12/11/2021 Titular.: GABRIELLY LUIZA CARNIO MACIEL  
Biometria...:  
CID.....: S923  
Código RAT.:  
Endereço...: RUA JOSE CASAGRANDE 960 VISTA ALEGRE CURITIBA PR  
Fone.....: 33350001  
Entrada.....: 12/11/2021 08:22 Saída: 12/11/2021 10:49



### Resumo da Conta

| Grupo de Procedimento / Setor | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme      | Total         |
|-------------------------------|-----------|-------|----------|------------|---------------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>   |           |       |          |            | <b>121,72</b> |
| EMERGENCIA CONVENIOS          | 121,72    |       |          |            | 121,72        |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>   |           |       |          |            | <b>257,37</b> |
| EMERGENCIA CONVENIOS          | 257,37    |       |          |            | 257,37        |
| <b>MATERIAIS SIMPRO</b>       |           |       |          |            | <b>8,04</b>   |
| EMERGENCIA CONVENIOS          | 8,04      |       |          |            | 8,04          |
| <b>Total da Conta:</b>        |           |       |          | <b>R\$</b> | <b>387,13</b> |

#### TAXAS DE USO DE SALA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                      | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 60023384 TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL | UN          | 1    | 121,72      | 121,72   |
| Total do Setor:                                                   |             |      |             | 121,72   |
| Total de TAXAS DE USO DE SALA:                                    |             |      |             | 121,72   |

#### MATERIAIS BRASINDICE

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                              | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 70034664 Atadura Ortopedica de Algodao 10cm x 1,8m Cremer | RL          | 5    | 9,03        | 45,14    |
| 0000045538 ATADURA CREPE 10 CM X 1,8 M-CREMER             | RL          | 8    | 8,21        | 65,68    |
| 0000045567 ATADURA GESSADA 10CM X 3 M                     | UN          | 8    | 18,32       | 146,55   |
| Total do Setor:                                           |             |      |             | 257,37   |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                            |             |      |             | 257,37   |

#### MATERIAIS SIMPRO

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                   | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000272671 MALHA TUBULAR 10 CM | CM          | 150  | 0,05        | 8,04     |
| Total do Setor:                |             |      |             | 8,04     |
| Total de MATERIAIS SIMPRO:     |             |      |             | 8,04     |

### Prestadores Credenciados

#### CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv. | Unid./Ativ. | HE | Qtde                                       | VI Unitario | VI Total |
|------------|----------------------------------------------|-------------|----|--------------------------------------------|-------------|----------|
| 12/11/2021 | 10101039 Consulta em pronto socorro          | UN          | N  | 1                                          | 132,00      | 132,00   |
|            | VICTOR HUGO MARIANO RAMOS 25919              | 04650434963 | 59 |                                            |             |          |
|            |                                              |             |    | CLINICO                                    |             |          |
|            |                                              |             |    | Total do Setor:                            |             | 132,00   |
|            |                                              |             |    | Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: |             | 132,00   |

#### ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv. | Unid./Ativ. | HE | %Proc.          | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|----------------------------------------------|-------------|----|-----------------|------|-------------|----------|
| 12/11/2021 | 30711029 Imobilizacao de membro inferior     | ATO         | N  | 100.00%         | 1    | 28,97       | 28,97    |
|            | VICTOR HUGO MARIANO RAMOS 25919              | 04650434963 | 59 |                 |      |             |          |
|            |                                              |             |    | CLINICO         |      |             |          |
|            |                                              |             |    | Total do Setor: |      | 28,97       |          |

Atendimento: 3508353 - GABRIELLY LUIZA CARNIO MACIEL Lote: 1900421 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remes

|                                             |        |
|---------------------------------------------|--------|
| Total de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:         | 28,97  |
| Total Credenciados:                         | 160,97 |
| Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: | 548,10 |

1 - Registro ANS 000000 8 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 12/11/2021 5 - Sessão 3508353000 6 - Data Validade da Sessão 12/11/2021 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3508353000

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 3302648 9 - Validade da Carteira 12/11/2021 10 - Nome GABRIELLY LUIZA CARNO MACIEL 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 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Cartão Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 12/11/2021 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 11 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 - Qide 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red/Acresc 46 - Valor Unidade (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 1- / / 2- / / 3- / / 4- / / 5- / / 6- / / 7- / / 8- / / 9- / / 10- / /

58 - Observações / Justificativa 59 - Total Procedimentos (R\$) 0.00 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 121.72 61 - Total Materiais (R\$) 265.41 62 - Total do OPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 387.13 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

EDUARDA. Data/Hora: 23/11/2021 09:02:37

Contat./ote: 1900421

Atendimento: 3508353

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1900421



# ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Clinica Adventista de Curitiba

|                               |                                               |
|-------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS ..<br>000000 | 2 - Número da Guia Referenciada<br>3508353000 |
|-------------------------------|-----------------------------------------------|

|                                           |                                                                                        |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 - Código na Operadora<br>76591569000130 | 4 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|

|                          |
|--------------------------|
| 5 - Código CNES<br>15563 |
|--------------------------|

## Despesas Realizadas

| 6 - CD                                                                   | 7 - Data                                  | 8 - Hr. Inicial | 9 - Hr. Final | 10 - Tabela | 11 - Código do Item | 12 - Qtd. | 13 - Unidade de Medida | 14 - Fator Red. / Acresc. | 15 - Valor Unitário-R\$ | 16 - Valor Total-R\$ |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------|---------------|-------------|---------------------|-----------|------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|
| 17 - Registro ANVISA do Material                                         | 18 - Referência do material no fabricante |                 |               |             |                     |           |                        |                           |                         |                      |
| 1 - 03                                                                   | 12/11/2021                                | 08:22:18        | 08:22:18      | 00          | 0000045538          | 8         | 045                    | 1.00                      | 8.21                    | 65.68                |
| 20 - Descrição: ATADURA CREPE 10 CM X 1,8 M-CREMER                       |                                           |                 |               |             |                     |           |                        |                           |                         |                      |
| 2 - 03                                                                   | 12/11/2021                                | 08:22:18        | 08:22:18      | 00          | 0000045567          | 8         | 036                    | 1.00                      | 18.31                   | 146.55               |
| 20 - Descrição: ATADURA GESSADA 10CM X 3 M                               |                                           |                 |               |             |                     |           |                        |                           |                         |                      |
| 3 - 03                                                                   | 12/11/2021                                | 08:22:18        | 08:22:18      | 00          | 0000272671          | 150       | 038                    | 1.00                      | 0.05                    | 8.04                 |
| 20 - Descrição: MALHA TUBULAR 10 CM                                      |                                           |                 |               |             |                     |           |                        |                           |                         |                      |
| 4 - 07                                                                   | 12/11/2021                                | 08:22:18        | 08:22:18      | 18          | 60023384            | 1         | 036                    | 1.00                      | 121.72                  | 121.72               |
| 20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL |                                           |                 |               |             |                     |           |                        |                           |                         |                      |
| 5 - 03                                                                   | 12/11/2021                                | 08:22:18        | 08:22:18      | 19          | 70034684            | 5         | 045                    | 1.00                      | 9.02                    | 45.14                |
| 20 - Descrição: Atadura Ortopedica de Algodao 10cm x 1,8m Cremer         |                                           |                 |               |             |                     |           |                        |                           |                         |                      |

|                                         |                                        |                                       |                                |                                           |                                   |                                |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 21 - Total Gases Medicinais R\$<br>0.00 | 22 - Total de Medicamentos R\$<br>0.00 | 23 - Total de Materiais R\$<br>265.41 | 24 - Total de OPME R\$<br>0.00 | 25 - Total Taxas e Aluguéis R\$<br>121.72 | 26 - Total de Diárias R\$<br>0.00 | 27 - Total Geral R\$<br>387.13 |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

1 - Registro ANS 0000000  
 3 - Número da Guia Principal 3508353000000

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 3302648  
 9 - Validade da Carteira 12/11/2021  
 10 - Nome GABRIELLY LUIZA CARNIO MACIEL  
 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 - UF 41  
 19 - Código CBO 225270  
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cartão Atendim. 2  
 22 - Data da Solicitação 12/11/2021  
 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 59  
 30 - Nome do Contratado VICTOR HUGO MARIANO RAMOS  
 31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 1  
 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\$)  
 1 12/11/2021 08:22:18 08:22:18 22 10101039 Consulta em pronto socorro 001

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\$) 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 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Gabrielly Luiza Carnio Maciel

**Nº da Carteira:** 3.30.2648

**Instituição:** Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

**Data de Nascimento:** 16/08/2012

**Nº da Guia:** 4497

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 11/11/2021         | 15:00:00 | Quadra | Aula de educação física |

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

## Descrição

A aluna estava na educação física quando se chocou com outra aluna, na queda torceu o pé. Houve vermelhidão, foi aplicado gelo e comunicado à família.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Carine                   | (41) 3028-5400 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Luciana                         | 12/11/2021 |

| 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

A família levará a aluna para avaliação.

Ass.:

Bárbara 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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Atendimento: 3513263 - HENRY TADEU DA SILVA DA ROCHA Lote: 1903673 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Reme

Paciente...: HENRY TADEU DA SILVA DA ROCHA Data de Nasc.: 03/07/2015  
Convênio...: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Plano.....: EMPRESARIAL  
Medico/CRM.: ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA / 21395  
Guia.....: 3513263000 Validade.:  
Carteira...: 4535 Validade.: 31/12/2021 Titular.: HENRY TADEU DA SILVA DA ROCHA  
Biometria...:  
CID.....: S600  
Código RAT.:  
Endereço...: RUA SAO MATEUS 580 PORTAO CURITIBA PR  
Fone.....: 995672592  
Entrada....: 17/11/2021 18:05 Saída: 17/11/2021 18:37



1903673

### Resumo da Conta

| Grupo de Procedimento / Setor | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme      | Total         |
|-------------------------------|-----------|-------|----------|------------|---------------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>   |           |       |          |            | <b>121,72</b> |
| EMERGENCIA CONVENIOS          | 121,72    |       |          |            | 121,72        |
| <b>MEDICAMENTOS</b>           |           |       |          |            | <b>2,77</b>   |
| EMERGENCIA CONVENIOS          | 2,77      |       |          |            | 2,77          |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>   |           |       |          |            | <b>0,74</b>   |
| EMERGENCIA CONVENIOS          | 0,74      |       |          |            | 0,74          |
| <b>MATERIAIS SIMPRO</b>       |           |       |          |            | <b>4,36</b>   |
| EMERGENCIA CONVENIOS          | 4,36      |       |          |            | 4,36          |
| <b>Total da Conta:</b>        |           |       |          | <b>R\$</b> | <b>129,59</b> |

#### TAXAS DE USO DE SALA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                      | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 60023384 TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL | UN          | 1    | 121,72      | 121,72   |
| Total do Setor:                                                   |             |      |             | 121,72   |
| Total de TAXAS DE USO DE SALA:                                    |             |      |             | 121,72   |

#### MEDICAMENTOS

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                  | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000012002 CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML. | AMP         | 3    | 0,92        | 2,77     |
| Total do Setor:                               |             |      |             | 2,77     |
| Total de MEDICAMENTOS:                        |             |      |             | 2,77     |

#### MATERIAIS BRASINDICE

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                             | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|----------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000045692 FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER | CM          | 20   | 0,04        | 0,74     |
| Total do Setor:                                          |             |      |             | 0,74     |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                           |             |      |             | 0,74     |

#### MATERIAIS SIMPRO

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                      | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000045637 COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM | UN          | 5    | 0,87        | 4,36     |
| Total do Setor:                                                   |             |      |             | 4,36     |
| Total de MATERIAIS SIMPRO:                                        |             |      |             | 4,36     |

### Prestadores Credenciados

#### CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv.                             | Unid./Ativ. | HE | Qtde            | VI Unitario | VI Total |
|------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|----|-----------------|-------------|----------|
| 17/11/2021 | 10101039 Consulta em pronto socorro ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUN 21395 | UN          | N  | 1               | 132,00      | 132,00   |
|            |                                                                          | 04403844944 | 59 |                 |             |          |
|            |                                                                          |             |    | CLINICO         |             |          |
|            |                                                                          |             |    | Total do Setor: |             |          |
|            |                                                                          |             |    | 132,00          |             |          |

Atendimento: 3513263 - HENRY TADEU DA SILVA DA ROCHA Lote: 1903673 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Reme

Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: 132,00

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

**Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS**

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv.                  | Unid./Ativ. | HE | %Proc.  | Qtde | VI Unitario                                        | VI Total      |
|------------|---------------------------------------------------------------|-------------|----|---------|------|----------------------------------------------------|---------------|
| 17/11/2021 | 20104103 Curativos em geral sem anestesia<br>exceto queimados | UND         | N  | 100.00% | 1    | 14,49                                              | 14,49         |
|            | ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUN 21395                          | 04403844944 | 59 |         |      |                                                    |               |
|            |                                                               |             |    |         |      | CLINICO                                            |               |
|            |                                                               |             |    |         |      | Total do Setor:                                    | 14,49         |
|            |                                                               |             |    |         |      | Total de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:                | 14,49         |
|            |                                                               |             |    |         |      | <b>Total Credenciados:</b>                         | <b>146,49</b> |
|            |                                                               |             |    |         |      | <b>Total da Conta (-) Desconto + Credenciados:</b> | <b>276,08</b> |



|                                                                 |                                |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>000000</b>                               | 6 - Número da Guia Principal   |
| 4 - Data da Autorização<br><b>17/11/2021</b>                    | 5 - Senha<br><b>3513263000</b> |
| 7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador<br><b>3513263000</b> |                                |

|                       |                                       |                                               |                                                   |                                                         |                                   |
|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Dados do Beneficiário | 8 - Número da Carteira<br><b>4535</b> | 9 - Validade da Carteira<br><b>31/12/2021</b> | 10 - Nome<br><b>HENRY TADEU DA SILVA DA ROCHA</b> | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br><b>700000869353807</b> | 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b> |
|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|

|                                                                                  |                                                   |                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Solicitante                                                             | 13 - Código na Operadora<br><b>76591569000130</b> | 14 - Nome do Contratado<br><b>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO</b> |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>6</b>            | 17 - Número no Conselho<br><b>21395</b>                                                        |
| 18 - UF<br><b>41</b>                                                             | 19 - Código CBO<br><b>225270</b>                  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                    |

|                                                          |                                     |                                               |                        |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados | 21 - Cartão Atendimento<br><b>2</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>17/11/2021</b> | 23 - Indicação Clínica |
| 24 - Tabela<br><b>25 - Código do Procedimento</b>        | 26 - Descrição                      | 27 - QI-Solic.                                | 28 - QI-Autoriz.       |

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

|                      |                                    |                                                                         |                       |                                            |
|----------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| Dados do Atendimento | 32 - Tipo Atendimento<br><b>11</b> | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)<br><b>9</b> | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|----------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|

|                                                       |                                                                                       |                   |                |           |          |          |                       |                           |                        |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------|----------|----------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados | 36 - Data<br><b>37 - Hora Inicial</b><br><b>38 - Hora Final</b><br><b>39 - Tabela</b> | 40 - Procedimento | 41 - Descrição | 42 - QIde | 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 - Observações / Justificativa |
| 1. / /                                            | 3. / /                                         | 5. / /                           |
| 2. / /                                            | 4. / /                                         | 6. / /                           |
| 7. / /                                            | 8. / /                                         | 9. / /                           |
| 10. / /                                           |                                                |                                  |

|                                                 |                                                |                               |                          |                                  |                                      |                        |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 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 Médicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) |
| <b>0.00</b>                                     | <b>121.72</b>                                  | <b>5.10</b>                   | <b>0.00</b>              | <b>2.77</b>                      | <b>0.00</b>                          | <b>129.59</b>          |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |                          |                                  |                                      |                        |

# ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/ISADT e Resumo de Internação)

  
Clínica Adventista  
de Curitiba

1 - Registro ANS .. 2 - Número da Guia Referenciada  
000000 3513263000

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora 76591569000130 4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

5 - Código CNES 15563

Despesas Realizadas

| 6 - CD                           | 7 - Data                                                 | 8 - Hr. Inicial | 9 - Hr. Final | 10 - Tabela | 11 - Código do Item | 12 - Qtde. | 13 - Unidade de Medida | 14 - Fator Red. / Acresc. | 15 - Valor Unitário-R\$ | 16 - Valor Total-R\$ |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------|---------------|-------------|---------------------|------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|
| 17 - Registro ANVISA do Material | 18 - Referência do material no fabricante                |                 |               |             |                     |            |                        |                           |                         |                      |
| 1 - 02                           | 17/11/2021                                               | 18:05:44        | 18:05:44      | 00          | 0000012002          | 3          | 001                    | 1,00                      | 0,92                    | 2,77                 |
| 20 - Descrição:                  | CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML.                       |                 |               |             |                     |            |                        |                           |                         |                      |
| 2 - 03                           | 17/11/2021                                               | 18:05:44        | 18:05:44      | 00          | 0000045637          | 5          | 036                    | 1,00                      | 0,87                    | 4,36                 |
| 20 - Descrição:                  | COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM   |                 |               |             |                     |            |                        |                           |                         |                      |
| 3 - 03                           | 17/11/2021                                               | 18:05:44        | 18:05:44      | 00          | 0000045692          | 20         | 038                    | 1,00                      | 0,03                    | 0,74                 |
| 20 - Descrição:                  | FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER            |                 |               |             |                     |            |                        |                           |                         |                      |
| 4 - 07                           | 17/11/2021                                               | 18:05:44        | 18:05:44      | 18          | 60023394            | 1          | 036                    | 1,00                      | 121,72                  | 121,72               |
| 20 - Descrição:                  | TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL |                 |               |             |                     |            |                        |                           |                         |                      |

|                                 |                                |                             |                        |                                 |                           |                      |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------------|
| 21 - Total Gases Medicinais R\$ | 22 - Total de Medicamentos R\$ | 23 - Total de Materiais R\$ | 24 - Total de OPME R\$ | 25 - Total Taxas e Aluguéis R\$ | 26 - Total de Diárias R\$ | 27 - Total Geral R\$ |
| 0,00                            | 2,77                           | 5,10                        | 0,00                   | 121,72                          | 0,00                      | 129,59               |



|                                       |                                               |                                            |                                                       |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000            | 3 - Número da Guia Principal<br>3513263000000 | 6 - Data Validade da Sentença<br>18997     | 7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora<br>18997 |
| 4 - Data da Autorização<br>17/11/2021 | 5 - Sentença<br>4535                          | 10 - Nome<br>HENRY TADEU DA SILVA DA ROCHA | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br>700000869353807      |
| Dados do Beneficiário                 |                                               | 8 - Número da Carteira<br>4535             | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2021                |
| 12 - Atendimento a RN<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>ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA | 16 - Conselho Profissional<br>6 | 17 - Número no Conselho<br>21395 | 18 - UF<br>41 | 19 - Código CBO<br>225270 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br> |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|-------------------------------------------------|

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

|                              |                                        |                        |
|------------------------------|----------------------------------------|------------------------|
| 21 - Caracter. Atendim.<br>2 | 22 - Data da Solicitação<br>17/11/2021 | 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<br>59 | 30 - Nome do Contratado<br>ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA | 31 - Código CNES<br>15563 |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|

Dados do Atendimento

|                             |                                                                  |                       |                                            |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| 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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

|                         |                               |                             |                   |                               |                                              |                  |          |          |                       |                           |                        |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------------------|----------------------------------------------|------------------|----------|----------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| 36 - Data<br>17/11/2021 | 37 - Hora Inicial<br>18:05:44 | 38 - Hora Final<br>18:05:44 | 39 - Tabela<br>22 | 40 - Procedimento<br>10101039 | 41 - Descrição<br>Consulta em pronto socorro | 42 - Qlde<br>001 | 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

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

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 - Total Geral (R\$) |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

|                                                    |                                   |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br> | 68 - Assinatura do Contratado<br> |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------|



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Kaleb Macedo Boddy  
**Nº da Carteirinha:** 3.6.6934  
**Instituição:** Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



**Data de Nascimento:** 15/12/2009

**Nº da Guia:** 4539

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade                |
|--------------------|----------|--------|--------------------------|
| 17/11/2021         | 17:10:00 | Quadra | Intervalo (Ex.: recreio) |

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

## Descrição

o aluno estava em horário de intervalo, e durante algum momento, enquanto jogavam futebol, acabou levando um chute do colega, torcendo o tornozelo direito. Verificamos que o local estava com um pouco de inchaço, e o aluno foi encaminhado para o atendimento ambulatorial.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitor Eduardo          | (41) 3051-8620 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Monitora Janaína                | 17/11/2021 |

| 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 |

## Observações

Após ser encaminhado ao ambulatório, o aluno foi atendido com gelo no local de inchaço, e orientado a evitar pisar de modo que o peso corporal ficasse sobre o pé direito. Entramos em contato com os responsáveis, que nos retornaram a ligação para apurar a situação do aluno.

Ass.:

*Jaques Henrique De Oliveira*

Jaques Henrique De Oliveira



**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

Atendimento: 3515246 - MARIA BEATRIZ FERREIRA LOLA BESERRA Lote: 1904782 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA -

Paciente...: MARIA BEATRIZ FERREIRA LOLA BESERRA  
 17/07/2007  
 Convênio...: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
 Plano.....: EMPRESARIAL  
 Medico/CRM.: ANDRE MARCELO OKURA / 23173  
 Guia.....: 3515246000 Validade.:  
 Carteira...: 4575 Validade.: 31/12/2021 Titular.: MARIA BEATRIZ FERREIRA LOLA BESERRA  
 Biometria...:  
 CID.....: S934  
 Código RAT.:  
 Endereço...: RUA BAHIA 269 IGUAÇU ARAUCARIA PR  
 Fone.....: 995052924  
 Entrada....: 19/11/2021 12:04 Saída: 19/11/2021 13:08

Data de Nasc.:



1904782

### Resumo da Conta

| Grupo de Procedimento / Setor | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme      | Total         |
|-------------------------------|-----------|-------|----------|------------|---------------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>   |           |       |          |            | <b>121,72</b> |
| EMERGENCIA CONVENIOS          | 121,72    |       |          |            | 121,72        |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>   |           |       |          |            | <b>257,37</b> |
| EMERGENCIA CONVENIOS          | 257,37    |       |          |            | 257,37        |
| <b>MATERIAIS SIMPRO</b>       |           |       |          |            | <b>8,04</b>   |
| EMERGENCIA CONVENIOS          | 8,04      |       |          |            | 8,04          |
| <b>Total da Conta:</b>        |           |       |          | <b>R\$</b> | <b>387,13</b> |

#### TAXAS DE USO DE SALA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                      | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 60023384 TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL | UN          | 1    | 121,72      | 121,72   |
| Total do Setor:                                                   |             |      |             | 121,72   |
| Total de TAXAS DE USO DE SALA:                                    |             |      |             | 121,72   |

#### MATERIAIS BRASINDICE

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                              | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 70034664 Atadura Ortopedica de Algodao 10cm x 1,8m Cremer | RL          | 5    | 9,03        | 45,14    |
| 0000045538 ATADURA CREPE 10 CM X 1,8 M-CREMER             | RL          | 8    | 8,21        | 65,68    |
| 0000045567 ATADURA GESSADA 10CM X 3 M                     | UN          | 8    | 18,32       | 146,55   |
| Total do Setor:                                           |             |      |             | 257,37   |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                            |             |      |             | 257,37   |

#### MATERIAIS SIMPRO

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                   | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000272671 MALHA TUBULAR 10 CM | CM          | 150  | 0,05        | 8,04     |
| Total do Setor:                |             |      |             | 8,04     |
| Total de MATERIAIS SIMPRO:     |             |      |             | 8,04     |

### Prestadores Credenciados

#### CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv.                  | Unid./Ativ. | HE | Qtde                                       | VI Unitario | VI Total |
|------------|---------------------------------------------------------------|-------------|----|--------------------------------------------|-------------|----------|
| 19/11/2021 | 10101039 Consulta em pronto socorro ANDRE MARCELO OKURA 23173 | UN          | N  | 1                                          | 132,00      | 132,00   |
|            |                                                               | 03001470909 | 59 |                                            |             |          |
|            |                                                               |             |    | CLINICO                                    |             |          |
|            |                                                               |             |    | Total do Setor:                            |             | 132,00   |
|            |                                                               |             |    | Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: |             | 132,00   |

#### ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv.                       | Unid./Ativ. | HE | %Proc.          | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|--------------------------------------------------------------------|-------------|----|-----------------|------|-------------|----------|
| 19/11/2021 | 30711029 Imobilizacao de membro inferior ANDRE MARCELO OKURA 23173 | ATO         | N  | 100.00%         | 1    | 28,97       | 28,97    |
|            |                                                                    | 03001470909 | 59 |                 |      |             |          |
|            |                                                                    |             |    | CLINICO         |      |             |          |
|            |                                                                    |             |    | Total do Setor: |      | 28,97       |          |



Atendimento: 3515246 - MARIA BEATRIZ FERREIRA LOLA BESERRA Lote: 1904782 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA -

|                                             |        |
|---------------------------------------------|--------|
| Total de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:         | 28,97  |
| Total Credenciados:                         | 160,97 |
| Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: | 548,10 |



|                                                     |                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>000000</b>                   | 3 - Número da Guia Principal       |
| 4 - Data da Autorização<br><b>19/11/2021</b>        | 5 - Sentinela<br><b>3515246000</b> |
| 6 - Data Validada da Sentinela<br><b>3515246000</b> |                                    |

|                                                      |                                                                  |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                                | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>3515246000</b> |
| 8 - Número da Carteira<br><b>4575</b>                | 9 - Validade da Carteira<br><b>31/12/2021</b>                    |
| 10 - Nome<br><b>MARIA BEATRIZ FERREIRA LOLA BESE</b> |                                                                  |
| 11 - Cartão Nacional de Saúde                        |                                                                  |
| 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b>                    |                                                                  |

|                      |                                                   |                                                                                                |
|----------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Solicitante | 13 - Código na Operadora<br><b>76591569000130</b> | 14 - Nome do Contratado<br><b>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO</b> |
|----------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                     |                                        |                                         |                      |                                  |                                             |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>ANDRE MARCELO OKURA</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>6</b> | 17 - Número no Conselho<br><b>23173</b> | 18 - UF<br><b>41</b> | 19 - Código CBO<br><b>225270</b> | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|

|                                                          |                                     |                                               |                        |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados | 21 - Cartão Atendimento<br><b>2</b> | 22 - Data da Solicitação<br><b>19/11/2021</b> | 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<br><b>76591569000130</b> | 30 - Nome do Contratado<br><b>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO</b> | 31 - Código CNES<br><b>15563</b> |
|--------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|

|                      |                                    |                                                             |                       |                                            |
|----------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| Dados do Atendimento | 32 - Tipo Atendimento<br><b>11</b> | 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<br><b>37</b> | 37 - Hora Inicial<br><b>38</b> | 38 - Hora Final<br><b>39</b> | 39 - Tabela | 40 - Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Cide | 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. 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\$)<br><b>0.00</b> | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)<br><b>121.72</b> | 61 - Total Materiais (R\$)<br><b>265.41</b> | 62 - Total de OPME (R\$)<br><b>0.00</b> | 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br><b>0.00</b> | 64 - Total de Gases Médicinas (R\$)<br><b>0.00</b> | 65 - Total Geral (R\$)<br><b>387.13</b> |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|

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

|          |                                       |                         |                             |                                                 |                                                                                    |       |
|----------|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| EDUARDA. | Data/Hora: <b>23/11/2021 09:14:42</b> | Contato: <b>1904782</b> | Atendimento: <b>3515246</b> | Convênio: <b>CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA</b> |  | 1 / 1 |
|----------|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------|

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Clinica Adventista  
de Curitiba

|                               |                                               |
|-------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS ..<br>000000 | 2 - Número da Guia Referenciada<br>3515246000 |
|-------------------------------|-----------------------------------------------|

|                                           |                                                                                        |                          |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 3 - Código na Operadora<br>76591569000130 | 4 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 5 - Código CNES<br>15563 |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|

| Despesas Realizadas                                                      |          |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |        |                                           |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|--------------|-------------|---------------------|------------|------------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------|--------|-------------------------------------------|--|--|--|
| 6 - CD                                                                   | 7 - Data | 8 - Hr.Inicial | 9 - Hr.Final | 10 - Tabela | 11 - Código do Item | 12 - Qtde. | 13 - Unidade de Medida | 14 - Fator Red. / Acresc. | 15-Valor Unitário-R\$ | 16-Valor Total-R\$ |        |                                           |  |  |  |
| 17 - Registro ANVISA do Material                                         |          |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |        | 18 - Referência do material no fabricante |  |  |  |
| 1 -                                                                      | 03       | 19/11/2021     | 12:04:18     | 12:04:18    | 00                  | 0000045538 | 8                      | 045                       | 1.00                  | 8.21               | 65.68  |                                           |  |  |  |
| 20 - Descrição: ATADURA CREPE 10 CM X 1,8 M-CREMER                       |          |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |        |                                           |  |  |  |
| 2 -                                                                      | 03       | 19/11/2021     | 12:04:18     | 12:04:18    | 00                  | 0000045567 | 8                      | 036                       | 1.00                  | 18.31              | 146.55 |                                           |  |  |  |
| 20 - Descrição: ATADURA GESSADA 10CM X 3 M                               |          |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |        |                                           |  |  |  |
| 3 -                                                                      | 03       | 19/11/2021     | 12:04:18     | 12:04:18    | 00                  | 0000272671 | 150                    | 038                       | 1.00                  | 0.05               | 8.04   |                                           |  |  |  |
| 20 - Descrição: MALHA TUBULAR 10 CM                                      |          |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |        |                                           |  |  |  |
| 4 -                                                                      | 07       | 19/11/2021     | 12:04:18     | 12:04:18    | 18                  | 60023384   | 1                      | 036                       | 1.00                  | 121.72             | 121.72 |                                           |  |  |  |
| 20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL |          |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |        |                                           |  |  |  |
| 5 -                                                                      | 03       | 19/11/2021     | 12:04:18     | 12:04:18    | 19                  | 70034664   | 5                      | 045                       | 1.00                  | 9.02               | 45.14  |                                           |  |  |  |
| 20 - Descrição: Atadura Ortopedica de Algodao 10cm x 1,8m Cremer         |          |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |        |                                           |  |  |  |

|                                         |                                        |                                       |                                |                                           |                                   |                                |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 21 - Total Gases Medicinais R\$<br>0.00 | 22 - Total de Medicamentos R\$<br>0.00 | 23 - Total de Materiais R\$<br>266.41 | 24 - Total de OPME R\$<br>0.00 | 25 - Total Taxas e Aluguéis R\$<br>121.72 | 26 - Total de Diárias R\$<br>0.00 | 27 - Total Geral R\$<br>387.13 |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|



1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 19/11/2021 5 - Senha 4575 6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19019

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 4575 9 - Validade da Carteira 31/12/2021 10 - Nome MARIA BEATRIZ FERREIRA LOLA BESE

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

21 - Caracter Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 19/11/2021 23 - Indicação Clínica

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

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

32 - Tipo Atendimento 1 33 - Indicação de 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 - Qlde 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Real/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 OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gastos Medicinalis (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

GABRIELLE. Data/Hora: 19/11/2021 12:00:32 Conta/Lote: 1904782 Atendimento: 3515246 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1904782 1/1

Dr. André M. Okura  
CRM 23173  
Médico

Dr. André M. Okura  
CRM 23173  
Médico



## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Maria Beatriz Ferreira Lola Beserra

**Nº da Carteirinha:** 3.38.1149

**Instituição:** Colégio Adventista Araucária

**Data de Nascimento:** 17/07/2007

**Nº da Guia:** 4575



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 19/11/2021         | 10:30:00 | Escada | Aula de outras matérias |

| O que aconteceu | Partes do corpo                                  |
|-----------------|--------------------------------------------------|
| Torção          | Pé Direito, Calcanhar Direito, Tornozelo Direito |

### Descrição

Aluna estava descendo para aula de História e pisou em falso e torceu o pé direito. Foi feito gelo.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Marcia                   | (41) 99810-0351 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Tatiane                         | 19/11/2021 |

| 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

Aluna estava descendo para aula de História e pisou em falso e torceu o pé direito. Foi feito gelo.

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

Jean Ferreira Silva

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

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

Atendimento: 3506734 - MARIA EDUARDA SOUZA DE OLIVEIRA Lote: 1899418 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Re

Paciente...: MARIA EDUARDA SOUZA DE OLIVEIRA Data de Nasc.: 13/11/2004  
 Convênio...: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
 Plano.....: EMPRESARIAL  
 Medico/CRM.: ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA / 21395  
 Guia.....: 3506734000 Validade.:  
 Carteira...: 2335593 Validade.: 31/12/2023 Titular.: MARIA EDUARDA SOUZA DE OLIVEIRA  
 Biometria...:  
 CID.....: S934  
 Código RAT.:  
 Endereço...: RUA MIGUEL GRASSI 423 GUATUPE SAO JOSE DOS PINHAIS PR  
 Fone.....: 996094081  
 Entrada....: 10/11/2021 14:53 Saída: 10/11/2021 16:28



1899418

### Resumo da Conta

| Grupo de Procedimento / Setor | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme      | Total         |
|-------------------------------|-----------|-------|----------|------------|---------------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>   |           |       |          |            | <b>121,72</b> |
| EMERGENCIA CONVENIOS          | 121,72    |       |          |            | 121,72        |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>   |           |       |          |            | <b>24,63</b>  |
| EMERGENCIA CONVENIOS          | 24,63     |       |          |            | 24,63         |
| <b>Total da Conta:</b>        |           |       |          | <b>R\$</b> | <b>146,35</b> |

#### TAXAS DE USO DE SALA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                      | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 60023384 TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL | UN          | 1    | 121,72      | 121,72   |
| Total do Setor:                                                   |             |      |             | 121,72   |
| Total de TAXAS DE USO DE SALA:                                    |             |      |             | 121,72   |

#### MATERIAIS BRASINDICE

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                  | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000045538 ATADURA CREPE 10 CM X 1,8 M-CREMER | RL          | 3    | 8,21        | 24,63    |
| Total do Setor:                               |             |      |             | 24,63    |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                |             |      |             | 24,63    |

### Prestadores Credenciados

#### CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data                                       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv.                             | Unid./Ativ. | HE | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|----|------|-------------|----------|
| 10/11/2021                                 | 10101039 Consulta em pronto socorro ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUN 21395 | UN          | N  | 1    | 132,00      | 132,00   |
|                                            |                                                                          | 04403844944 | 59 |      | CLINICO     |          |
| Total do Setor:                            |                                                                          |             |    |      |             | 132,00   |
| Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: |                                                                          |             |    |      |             | 132,00   |

#### ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data                                        | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv.                                                 | Unid./Ativ. | HE | %Proc.  | Qtde    | VI Unitario | VI Total |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|---------|---------|-------------|----------|
| 10/11/2021                                  | 30711010 Imobilizacoes nao-gessadas (qualquer segmento) ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUN 21395 | UN          | N  | 100.00% | 1       | 14,49       | 14,49    |
|                                             |                                                                                              | 04403844944 | 59 |         | CLINICO |             |          |
| Total do Setor:                             |                                                                                              |             |    |         |         |             | 14,49    |
| Total de ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:         |                                                                                              |             |    |         |         |             | 14,49    |
| Total Credenciados:                         |                                                                                              |             |    |         |         |             | 146,49   |
| Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: |                                                                                              |             |    |         |         |             | 292,84   |



|                                                                                                                          |  |                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                                                                                                         |  | 5 - Número da Guia Principal                                 |  |
| 000000                                                                                                                   |  |                                                              |  |
| 4 - Data da Autorização                                                                                                  |  | 5 - Senha                                                    |  |
| 10/11/2021                                                                                                               |  | 3506734000                                                   |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                    |  |                                                              |  |
| 8 - Número da Carteira                                                                                                   |  | 9 - Validade da Carteira                                     |  |
| 2335593                                                                                                                  |  | 31/12/2023                                                   |  |
| 10 - Nome                                                                                                                |  | 11 - Nome                                                    |  |
| MARIA EDUARDA SOUZA DE OLIVEIRA                                                                                          |  | 898004503553234                                              |  |
| 12 - Atendimento a RN                                                                                                    |  | N                                                            |  |
| Dados do Solicitante                                                                                                     |  |                                                              |  |
| 13 - Código na Operadora                                                                                                 |  | 14 - Nome do Contratado                                      |  |
| 76591569000130                                                                                                           |  | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante                                                                                    |  | 16 - Conselho Profissional                                   |  |
| ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA                                                                                         |  | 6                                                            |  |
| 17 - Número no Conselho                                                                                                  |  | 21395                                                        |  |
| 18 - UF                                                                                                                  |  | 41                                                           |  |
| 19 - Código CBO                                                                                                          |  | 226270                                                       |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                                              |  |                                                              |  |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados                                                                 |  |                                                              |  |
| 21 - Caracter Atendimento                                                                                                |  | 22 - Data da Solicitação                                     |  |
| 2                                                                                                                        |  | 10/11/2021                                                   |  |
| 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                                                                                                 |  | 30 - Nome do Contratado                                      |  |
| 76591569000130                                                                                                           |  | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |
| Dados do Atendimento                                                                                                     |  |                                                              |  |
| 32 - Tipo Atendimento                                                                                                    |  | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)  |  |
| 11                                                                                                                       |  | 9                                                            |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                                                    |  |                                                              |  |
| 36 - Data                                                                                                                |  | 37 - Hora Inicial                                            |  |
|                                                                                                                          |  | 38 - Hora Final                                              |  |
| 39 - Tabela                                                                                                              |  | 40 - Procedimento                                            |  |
|                                                                                                                          |  | 41 - Descrição                                               |  |
| 42 - QIe                                                                                                                 |  | 43 - Via                                                     |  |
| 44 - Tec                                                                                                                 |  | 45 - Fator Real/Carosc                                       |  |
| 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                                                                           |  |                                                              |  |
| 1- / /                                                                                                                   |  | 3- / /                                                       |  |
| 2- / /                                                                                                                   |  | 4- / /                                                       |  |
| 5- / /                                                                                                                   |  | 6- / /                                                       |  |
| 7- / /                                                                                                                   |  | 8- / /                                                       |  |
| 9- / /                                                                                                                   |  | 10- / /                                                      |  |
| 58 - Observações / Justificativa                                                                                         |  |                                                              |  |
|                                                                                                                          |  |                                                              |  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                                                                                           |  | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)                            |  |
| 0.00                                                                                                                     |  | 121.72                                                       |  |
| 61 - Total Materiais (R\$)                                                                                               |  | 62 - Total de OPRM (R\$)                                     |  |
| 24.63                                                                                                                    |  | 0.00                                                         |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)                                                                                         |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)                         |  |
| 0.00                                                                                                                     |  | 0.00                                                         |  |
| 65 - Total Geral (R\$)                                                                                                   |  | 66 - Assinatura do Contratado                                |  |
| 146.35                                                                                                                   |  |                                                              |  |
| 68 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                          |  |                                                              |  |
|                                                                                                                          |  |                                                              |  |
| EDUARDA Data/Hora: 23/11/2021 08:57:18 Conta/Lote: 1899418 Atendimento: 3506734 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |  |                                                              |  |
| 1899418 1/1                                                                                                              |  |                                                              |  |



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Maria Eduarda Souza de Oliveira

**Nº da Carteira:** 2.33.5593

**Instituição:** Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

**Data de Nascimento:** 13/11/2004

**Nº da Guia:** 4463



| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 10/11/2021         | 09:23:00 | Quadra | Aula de educação física |

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

## Descrição

A aluna estava em aula de educação física quando ao correr acabou vindo a torcer o pé esquerdo a aluna relatou que consegue mexe-lo mas que estava doendo.

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

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Daniele                         | 10/11/2021 |

| 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 |

## Observações

A aluna foi atendida na sala de apoio foi feito compressa de gelo e passado gelo aparentemente sem muito inchaço no local.

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 3506734000000

|                                                                           |                                                                                         |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                | 3 - Número da Guia Principal<br>35067340000000                                          | 6 - Data Validade da Sentença<br>10/11/2021 | 7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora<br>18975 | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br>898004503553234                    | 12 - Atendimento a RN<br>N                  |
| 4 - Data da Autorização<br>10/11/2021                                     | 5 - Soma<br>4463                                                                        | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2023      | 10 - Nome<br>MARIA EDUARDA SOUZA DE OLIVEIRA         |                                                                     |                                             |
| Dados do Beneficiário                                                     |                                                                                         |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |
| 8 - Número da Carteira<br>2335593                                         |                                                                                         |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |
| 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>ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                         | 17 - Número no Conselho<br>21395            | 18 - UF<br>41                                        | 19 - Código CBO<br>225270                                           | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados                  |                                                                                         |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |
| 21 - Caracter Atendimento<br>2                                            | 22 - Data da Solicitação<br>10/11/2021                                                  | 23 - Indicação Clínica                      |                                                      |                                                                     |                                             |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento                                | 26 - Descrição                                                                          |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |
| 27 - Qtd. Solic.                                                          |                                                                                         |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |
| 28 - Qtd. Autoriz.                                                        |                                                                                         |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |
| Dados do Contratado Executante                                            |                                                                                         |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |
| 29 - Código na Operadora<br>59                                            | 30 - Nome do Contratado<br>ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA                             |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |
| Dados do Atendimento                                                      |                                                                                         |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |
| 31 - Tipo Atendimento<br>11                                               | 32 - Tipo de Atendimento<br>9                                                           |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |
| 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<br>1 10/11/2021 14:53:21 14:53:21 22                            | 37 - Hora Inicial/36-Hora Final<br>10101039                                             | 38 - Tabela<br>30711010                     | 39 - Descrição<br>Consulta em pronto socorro         | 40 - Procedimento<br>Imobilizacoes nao-gessadas (qualquer segmento) | 41 - Descrição                              |
| 42 - Qtd<br>001                                                           | 43 - V/a<br>001                                                                         | 44 - Tec<br>1.00                            | 45 - Fator Red./Acresc<br>1.00                       | 46 - Valor Unitário (R\$)<br>132.00                                 | 47 - Valor Total (R\$)<br>132.00            |
|                                                                           |                                                                                         |                                             |                                                      | 48 - Valor<br>14.49                                                 | 49 - Valor<br>14.49                         |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                        |                                                                                         |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |
| 48 - Seq./Rel.<br>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 Responsável pela Autorização                           |                                                                                         |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)<br>146.49                                  |                                                                                         |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |
| 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                 |                                                                                         |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |
| 61 - Total Materiais (R\$)<br>0.00                                        |                                                                                         |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |
| 62 - Total de OPMs (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>146.49                                          |                                                                                         |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |
| 66 - Assinatura do Contratado                                             |                                                                                         |                                             |                                                      |                                                                     |                                             |



Clínica Adventista  
de Curitiba

## ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Página 1/ 1

1 - Registro ANS .. 000000  
2 - Número da Guia Referenciada 3506734000

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora 76591569000130

4 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

5 - Código CNES 15563

### Despesas Realizadas

| 6 - CD                                                                   | 7 - Data   | 8 - Hr.Inicial | 9 - Hr.Final | 10 - Tabela | 11 - Código do Item | 12 - Qtde. | 13 - Unidade de Medida | 14 - Fator Red. / Acresc. | 15-Valor Unitário-R\$<br>19 - Nº Autorização de Funcionamento | 16-Valor Total-R\$ |
|--------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|--------------|-------------|---------------------|------------|------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1 - 03                                                                   | 10/11/2021 | 14:53:21       | 14:53:21     | 00          | 0000045538          | 3          | 045                    | 1.00                      | 8.21                                                          | 24.63              |
| 20 - Descrição: ATADURA CREPE 10 CM X 1,8 M-CREMER                       |            |                |              |             |                     |            |                        |                           |                                                               |                    |
| 2 - 07                                                                   | 10/11/2021 | 14:53:21       | 14:53:21     | 18          | 60023384            | 1          | 036                    | 1.00                      | 121.72                                                        | 121.72             |
| 20 - Descrição: TAXA POR USO/SESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL |            |                |              |             |                     |            |                        |                           |                                                               |                    |

|                                 |                                |                             |                        |                                 |                           |                      |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------------|
| 21 - Total Gases Medicinais R\$ | 22 - Total de Medicamentos R\$ | 23 - Total de Materiais R\$ | 24 - Total de OPME R\$ | 25 - Total Taxas e Aluguéis R\$ | 26 - Total de Diárias R\$ | 27 - Total Geral R\$ |
| 0.00                            | 0.00                           | 24.63                       | 0.00                   | 121.72                          | 0.00                      | 146.35               |

Impresso por: EDUARDA.

Data/Hora: 23/11/2021 08:57:18

Conta/Lote: 1899418

Atendimento: 3506734

Convênio: 59-CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA