

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

2 - Nº Guia no Prestador 3522573000000

1 - Registro ANS 000000 5 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 26/11/2021 6 - Senha 4666 7 - Data Validade da Senha 4666

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 2324657 9 - Validade da Carteira 31/12/2021 10 - Nome AMANDA BEATRIZ CAVALHEIRO 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 ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 33866 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Carteira Atendim. 1 22 - Data da Solicitação 26/11/2021 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - QI Solic. 28 - QI Autont.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 76591569000130 30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES 15563

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - QI de	43 - V/U	44 - Trc	45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 26/11/2021	14:16:14	14:16:14	22	40804054	RX - Joelho	001		1.00		53.21	53.21

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

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

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

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

88 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 53.21

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00

61 - Total Materiais (R\$) 0.00

62 - Total de OPME (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00

64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 0.00

65 - Total Geral (R\$) 53.21

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

LIZINEIA. Data/Hora: 09/12/2021 13:35:23

Contat/Lote: 1909292

Atendimento: 3522573

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1909292

1 - Registro ANS
000000

4 - Data da Autorização

5 - Número da Guia Principal

6 - Data Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql.Solic.

28 - Ql.Autoriz.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red./Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq.Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Data/Hora

70 - Conta/Lote

71 - Atendimento

72 - Convênio

73 - Clínica Adventista de Curitiba

74 - 1 / 1

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

2. Nº. Guia

SETOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		8 - Data de Validade da Senha		9 - Número da Guia Autorizada pela Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Assinatura do Profissional Solicitante	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtd. Sol.		28 - Qtd. Aut.	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Assinatura do Profissional Solicitante	
33 - Tipo de Atendimento		34 - Indicação de Atendimento (Acidente ou doença relacionada)		35 - Tipo de Consulta		36 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.	
45 - Fator Red/Acrusc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Assinatura do Profissional Solicitante	
49 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CNPJ		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	
53 - Nome do Profissional		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Assinatura do Profissional Solicitante	
57 - Data de Realização de Procedimentos em Série		58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Contratado		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Amanda Beatriz Cavalheiro
Nº da Carteira: 2.32.4657
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 17/11/2006

Nº da Guia: 4666

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/11/2021	12:07:00	Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Partes do corpo

Torção

Joelho Esquerdo

Descrição

Torceu joelho esquerdo.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Amigos

(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros

Data

Amigos

26/11/2021

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

HPP - Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

107
0

Água Verde, Curitiba
- PR

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

Observações

Atendimento especializado junto com a mãe.

Ass.:

Prof. Rheodi Nemitz
Coordenador Disciplinar

Rudimar Roberto Nemitz

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

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

Centro de Imagem

Radiologia Geral

Prontuário:	118890	Pedido:	1114832	Atend:	3522573
Paciente:	AMANDA BEATRIZ CAVALHEIRO				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA		Cod. Exame:	82	
Médico Solicitante:	ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ		Data Pedido:	26/11/2021 14:16:00	
			Data Laudo:	26/11/2021 17:31:49	

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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



ANDRE VAZ
CRM: 37658

1 - Registro ANS 000000 5 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 30/11/2021 5 - Senha 4687 6 - Data Validada da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4687

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 3508353000 9 - Validade da Carteira 12/12/2021 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 - Caráter Atendim. 1 22 - Data da Solicitação 30/11/2021 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora 76591569000130 30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	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	30/11/2021	11:11:46	11:11:46	22	40804097					1.00	53.21
					RX - Pe ou pododactilo	001					53.21

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\$) 53.21 60 - Total Taxas e Anuidades (R\$) 0.00 61 - Total Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 53.21

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

LIZINEIA.

Data/Hora: 09/12/2021 13:36:09

Contato/ote: 1911448

Atendimento: 3525978

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1911448

1 - Registro ANS 3525978

2 - Número da Guia Principal 000000

3 - Data da Autorização

4 - Semia

5 - Nome do Beneficiário

6 - Número da Carteira 3508353000

7 - Validade da Carteira 12/12/2021

8 - Nome GABRIELLY LUIZA CARNIO MACIEL

9 - Cartão Nacional de Saúde

10 - Nome do Solicitante

11 - Código na Operadora 76591569000130

12 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

13 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS

14 - Conselho Profissional 6

15 - Número no Conselho 25919

16 - UF 41

17 - Código CBO 225270

18 - Assinatura do Profissional Solicitante

19 - Caráter Atendim. 1

20 - Data da Solicitação 30/11/2021

21 - Indicação Clínica

22 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - QLSolic. 28 - QLAutoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 76591569000130

30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 05

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

34 - Tipo de Consulta 9

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

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

001 1.00 53.21

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

59 - Total Procedimentos (R\$) 53.21

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00

61 - Total Materiais (R\$) 0.00

62 - Total de OPME (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00

65 - Total Geral (R\$) 53.21

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

BEATRIZ. Data/Hora: 30/11/2021 11:12:27

Conta/Lote: 1911448

Atendimento: 3525978

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1011448



HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE

REQUISICÃO DE EXAME
CINTILOGRAFIA

JOB N.º 036.08

Nome Adriano de Jesus ☐ DENTRO DE IMAGEM ☐ CINTILOGRAFIA
Idade 35 Sexo ☐ Masc. ☐ Fem. ☐ Amb. ☐ Particular ☐ Emergência ☐ Convênio ☐ SUS ☐ Leito 1
Clínica Rx na C7 - Adesão - P
Exames Requistados: 1) Rx na C7 - Adesão - P
2)
3)

☐ Precisa de Anestesia ☐ Reação Prévia a Contraste Iodado
☐ Sim ☐ Urgente ☐ Sim

Radiografia no Leito?
Suspeita Clínica
Resumo Clínico

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

Médico - CRM

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

Técnico R.X

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabrielly Luiza Carnio Maciel
Nº da Carteirinha: 3.30.2648
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF



Data de Nascimento: 16/08/2012

Nº da Guia: 4687

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/11/2021	15:00:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição
A colega caiu em cima da aluna.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Carine Colodel	4130285400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Carine Colodel	30/11/2021

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

Observações
O aluno foi atendido pela escola e foi levada para o hospital, para realização de exames.

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

Centro de Imagem

Radiologia Geral

Prontuário: 160759	Pedido: 1116203	Atend: 3525978
Paciente: GABRIELLY LUIZA CARNIO MACIEL		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA	Cod. Exame: 94	
Médico Solicitante: VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	Data Pedido: 30/11/2021 11:11:00	
	Data Laudo: 02/12/2021 15:33:06	

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Incidências: frente e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras.

Relações articulares preservadas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

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



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702

111



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

2 - Nº Guia no Prestador 3522580000000

1 - Registro ANS 3522580 1114837
5 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 000000

5 - Sentença

6 - Data Validada da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

11 - Cartão Nacional da Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

27862

9 - Validade da Carteira

30/12/2022

10 - Nome

GIOVANNA DE PONTES RIBEIRO

11 - Cartão Nacional da 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

ALLYNE YURI NODA BANDEIRA DA CRUZ

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

33866

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

26/11/2021

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

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

05

33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada

9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

26/11/2021

37 - Hora Inicial

14:22:51

38 - Hora Final

14:22:51

39 - Tabela

40 - Procedimento

40802094

41 - Descrição

42 - Cite

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red/Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

001

1.00

108,78

108,78

RX - Coluna total para escoliose (telospondilografia)

Identificação do(a) 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\$)

108,78

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

0,00

61 - Total Materiais (R\$)

0,00

62 - Total de CPME (R\$)

0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0,00

64 - Total de Gases Médicinais (R\$)

0,00

65 - Total Geral (R\$)

108,78

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

FERNANDES, Data/Hora: 01/12/2021 18:29:07

Contat. Cte: 1909444

Atendimento: 3522580

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



CLÍNICA ADVENTISTA

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

2. Nº

SETOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

91 -

92 -

93 -

94 -

95 -

96 -

97 -

98 -

99 -

100 -

101 -

102 -

103 -

104 -

105 -

106 -

107 -

108 -

109 -

110 -

111 -

112 -

113 -

114 -

115 -

116 -

117 -

118 -

119 -

120 -

121 -

122 -

123 -

124 -

125 -

126 -

127 -

128 -

129 -

130 -

131 -

132 -

133 -

134 -

135 -

136 -

137 -

138 -

139 -

140 -

141 -

142 -

143 -

144 -

145 -

146 -

147 -

148 -

149 -

150 -

151 -

152 -

153 -

154 -

155 -

156 -

157 -

158 -

159 -

160 -

161 -

162 -

163 -

164 -

165 -

166 -

167 -

168 -

169 -

170 -

171 -

172 -

173 -

174 -

175 -

176 -

177 -

178 -

179 -

180 -

181 -

182 -

183 -

184 -

185 -

186 -

187 -

188 -

189 -

190 -

191 -

192 -

193 -

194 -

195 -

196 -

197 -

198 -

199 -

200 -

201 -

202 -

203 -

204 -

205 -

206 -

207 -

208 -

209 -

210 -

211 -

212 -

213 -

214 -

215 -

216 -

217 -

218 -

219 -

220 -

221 -

222 -

223 -

224 -

225 -

226 -

227 -

228 -

229 -

230 -

231 -

232 -

233 -

234 -

235 -

236 -

237 -

238 -

239 -

240 -

241 -

242 -

243 -

244 -

245 -

246 -

247 -

248 -

249 -

250 -

251 -

252 -

253 -

254 -

255 -

256 -

257 -

258 -

259 -

260 -

261 -

262 -

263 -

264 -

265 -

266 -

267 -

268 -

269 -

270 -

271 -

272 -

273 -

274 -

275 -

276 -

277 -

278 -

279 -

280 -

281 -

282 -

283 -

284 -

285 -

286 -

287 -

288 -

289 -

290 -

291 -

292 -

293 -

294 -

295 -

296 -

297 -

298 -

299 -

300 -

301 -

302 -

303 -

304 -

305 -

306 -

307 -

308 -

309 -

310 -

311 -

312 -

313 -

314 -

315 -

316 -

317 -

318 -

319 -

320 -

321 -

322 -

323 -

324 -

325 -

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Giovanna de Pontes Ribeiro
Nº da Carteirinha: 2.78.62
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 10/02/2009

Nº da Guia: 4662

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/11/2021	10:43:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
TRAVAVOU A COLUNA NA CADEIRA	Costas

Descrição

A ALUNA ESTAVA NA CADEIRA EM SALA DE AULA E AO SE LEVANTAR A COLUNA TRAVOU.

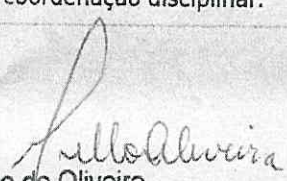
Testemunha da ocorrência	Telefone
Gabriellen	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Nelson	26/11/2021

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

Observações

a aluna foi atendida pela monitora e encaminhada para a coordenação disciplinar.


Gleice Mello de Oliveira
Orientadora Educacional

Ass.:


Joel Alves Marins Júnior

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 **3518487000000**

1 - Registro ANS 000000	8 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 23/11/2021	5 - Sentia 4235
7 - Número da Guia Arbulado pela Operadora 4235	

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 2325535	9 - Validade da Carteira 31/12/2021
10 - Nome MARIANA DE MEDEIROS ELIAS	
11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RM 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 - Caracter Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 23/11/2021
23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25	26 - Descrição 27 - Cl. Sade
28 - Cl. Autortz	

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

Dados do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9
34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	
36 - Data 23/11/2021	37 - Hora Inicial 09:00:04
38 - Hora Final 09:00:04	39 - Tabela 40803112
40 - Procedimento 41 - Descrição	42 - Qtd 001
43 - Via 44 - Tec	45 - Fator Red./Acrece 1.00
46 - Valor Unitário (R\$) 54.12	47 - Valor Total (R\$) 54.12

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

48 - Seq. Rel. 49 - Grau Part.	50 - Código na operador/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\$) 54.12
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00
61 - Total Materiais (R\$) 0.00
62 - Total de CPME (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 54.12

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



3568487

1413326

1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Semha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2325535

9 - Validade da Carteira

31/12/2021

10 - Nome

MARIANA DE MEDEIROS ELIAS

6 - Data Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

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 - Caracter Alérgico

1

22 - Data da Solicitação

23/11/2021

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

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

05

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

23/11/2021 09:00:04 09:00:04 22 40803112

37 - Hora Inicial/38-Hora Final

39-Tabela

40-Procedimento

41-Descrição

RX - Punho

42 - Qlde

001

43-Via

1.00

44-Tec

1.00

45 - Fator Red/Acrsc

54.12

46-Valor Unitário (R\$)

54.12

47-Valor Total (R\$)

54.12

51 - Código CNES

15563

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

48 - Seq.Rel.

49 - Grau Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional.

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

1- / /

2- / /

3- / /

4- / /

5- / /

6- / /

7- / /

8- / /

9- / /

10- / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

54.12

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de OpME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

54.12

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

BEATRIZ.

Data/Hora: 23/11/2021 08:56:46

Conta/Lote: 1906959

Atendimento: 3518487

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1906959

1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mariana de Medeiros Elias

Nº da Carteirinha: 2.32.5535

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 25/01/2010

Nº da Guia: 4235

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/10/2021	13:52:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Antebraço Esquerdo

Descrição

Correndo atrás da bola, caiu por cima do antebraço.

Testemunha da ocorrência

Profª Patrícia.

Telefone

(41) 3051-8600

Local de atendimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

Atendimento no próprio
estabelecimento

Observações

A mãe mesma a levará ao HPP pelo colégio... Não possui plano.

Ass.:

Prof. Rudimar Roberto Nemitz
Coordenador Disciplinar

Rudimar Roberto Nemitz

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

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

Impresso por: Rudimar Roberto Nemitz

1 de 1

22/10/2021 14:09

Centro de Imagem

Radiologia Geral

Prontuário: 578479	Pedido: 1113326	Atend: 3518487
Paciente: MARIANA DE MEDEIROS ELIAS		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA	Cod. Exame: 75	
Médico Solicitante: VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	Data Pedido: 23/11/2021 09:00:00	
	Data Laudo: 23/11/2021 11:07:09	

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO:

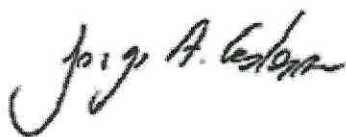
Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital*.

Controle com imobilização gessada

Fratura metadiafisária distal do rádio.

Relações articulares preservadas.

*O Centro de Imagem segue o princípio ALARA ("As Low As Reasonably Achievable radiation dose") que utiliza a menor dose de radiação necessária para a realização dos exames.



JORGE ALBERTO LEDESMA
CRM: 5962