

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Anny Vitória Rosa Ribeiro dos Santos
Nº da Carteirinha: 2.80.557
Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 24/11/2010

Nº da Guia: 4612

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/11/2021	11:47:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

Aluna estava andando na quadra e torceu o pé, não conseguindo pisar e inchou .

Testemunha da ocorrência

Marcos

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Josiane

Data

23/11/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações

Foi aplicado gelo no local e entrado em contato com o responsável.

Ass.:

Diego Henrique De Jesus Frata

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

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

00000439735

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

4612

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

ANNY VITORIA ROSA RIBEIRO DOS SANTOS

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES

0

12 - Nome do Profissional Executante

CLAUDIA ESPEJO BLANCO

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

36128

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225125

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

18 - Data do Atendimento

23/11/2021

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

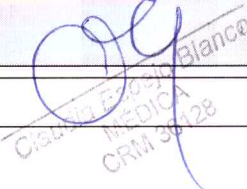
22 - Valor do Procedimento

95,00

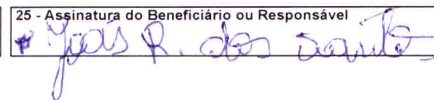
23 - Observação / Justificativa

Entorse de tornozelo, Esq

24 - Assinatura do Profissional Executante


CLAUDIA ESPEJO BLANCO
MÉDICA
CRM 36128

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
23/11/2021

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

00000439831



Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
870275950 (INATIVO)

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ANNY VITORIA ROSA RIBEIRO DOS SANTOS

11 - Cartão Nacional de Saúde

12-Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
01015553000180

14 - Nome do Contratado

Policlinica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante

CLAUDIA ESPEJO BLANCO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

36128

18 - UF

PR

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

CRM 36128

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

1 22 0040804089 RX ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)

2 22 0040804097 PÉ OU PODODÁCTILO

27 - Qtd. Solic.

001

28 - Qtd. Aut.

001

3

4

5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado

Policlinica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES

3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

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 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 23/11/2021	15:21	a	15:21	22	0040804089 RX ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	001				1,00	35,64
2 23/11/2021	15:21	a	15:21	22	0040804097 PÉ OU PODODÁCTILO	001				1,00	35,64
3											
4											
5											

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

48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CNPJ	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320
2	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320

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

1 23/11/2021	3	1	1	5	1	1	7	1	1	9	1	1
2 23/11/2021	4	1	1	6	1	1	8	1	1	10	1	1

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

71,28

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0,00

61 - Total de 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\$)

71,28

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Arthur Apulinario Lepek

Nº da Carteirinha: 2.80.213

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 02/06/2011

Nº da Guia: 4510

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/11/2021	15:17:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

na aula de educação física a bola bateu no dedo virando para trás, em seguida o dedo inchou e não conseguiu movimentar.

Testemunha da ocorrência

Professor Marcos

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Joseane

Data

12/11/2021

Local de atendimento

Policlínica Fazenda Rio Grande

Endereço

Rua Ephigênio Pereira da Cruz

Nº

1396

Bairro

Pioneiros

Telefone

(41) 3614-2700

Observações

O aluno sofreu a torção no dedo que inchou, foi aplicado gelo e entrado em contato com a mãe e encaminhado para atendimento.

12/11/2021,

Ass.:

Diego Henrique De Jesus Frata

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

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

4510

00000435727

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

4510

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

ARTHUR APULINARIO LEPEK

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES

3341135

12 - Nome do Profissional Executante

THIERI DRAGE COSTA

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

30338

15 - UF

PR

16 - Código CBO

225125

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

18 - Data do Atendimento

12/11/2021

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

95,00

23 - Observação / Justificativa

Trauma em mão esquerda

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Thier Drage Costa
Médica
CRM/PR-30338

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

00000435752*



1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

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

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 4510 9 - Validade da Carteira 10 - Nome ARTHUR APULNARIO LEPEK 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 01015553000180 14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante THIERY DRAGE COSTA 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 30338 18 - UF PR 19 - Código CBO 0 20 - Assinatura do Profissional Solicitante EM ANEXO

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Caracter do Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 12/11/2021 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0040803120 26 - Descrição RX MÃO OU QUIRODÁCTILO 27 - Qtd. Solic 001 28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora 01015553000180 30 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande 31 - Código CNES 3341135

Dados do Atendimento 32 - Tipo de Atendimento 05 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 02

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 12/11/2021 37 - Hora Inicial 16:12 38 - Hora Final 16:12 39 - Tabela 22 40 - Código do Procedimento 0040803120 41 - Descrição RX MÃO OU QUIRODÁCTILO 42 - Qtd 001 43 - Via 001 44 - Tec. 1.00 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 35,64 47 - Valor Total (R\$) 35,64

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seq./Ref 1 49 - Grau Part. 12 50 - Código na Operadora/CPF 30182190900 51 - Nome do Profissional HELIO SCHULMAN 52 - Conselho Profissional 06 53 - Número no Conselho 5214 54 - UF 41 55 - Código CBO 225320

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 12/11/2021 2 3 4 5 6 7 8 9 10

58 - Observação / Justificativa 59 - Total de Procedimentos (R\$) 35,64 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00 61 - Total de Materiais (R\$) 0,00 62 - Total de OPME (R\$) 0,00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00 64 - Total de Casos Medicinais (R\$) 0,00 65 - Total Geral (R\$) 35,64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado POLICLINICA ADVENTISTA DO GRANDE SUC LTDA



Arthur Apolinário Lepke

Rx mão Esquerda.

(Trauma em 5º dedo
e Reg. 5º MT corpo)

12/11/21 

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Beatriz Rodrigues de Souza
Nº da Carteira: 2.80.527
Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 01/08/2006 **Nº da Guia:** 4342

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/10/2021	10:56:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Na aula de educação física a bola bateu na mão virando o dedo, aluna relatou bastante dor e não conseguindo movimentar o dedo.

Testemunha da ocorrência

Professora dayane

Telefone

(30) 60-8101

Quem prestou primeiros socorros

Joseane

Data

29/10/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações

Foi aplicado gelo no local e avisado a mãe para encaminhamento ao hospital. estando em observação e orientada a não fazer movimentos no local do trauma.

Ass.:

Diego Henrique De Jesus Frata

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

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE

GUIA DE CONSULTA

00000430144

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
003200000825348455 - Validade da Carteira
31/10/20226 - Atendimento a RN
N7 - Nome
BEATRIZ RODRIGUES DE SOUZA

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande11 - Código CNES
012 - Nome do Profissional Executante
LUCIANO APPEL13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
1361015 - UF
PR16 - Código CBO
225225

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
918 - Data do Atendimento
29/10/202119 - Tipo de Consulta
420 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
95,00

23 - Observação / Justificativa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Luciano Appel
Cirurgia Geral
CRM 13610

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Tram
x Carolina L. de Jesus

CLINICA ADVENTISTA DE
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SAĐT

2 - Nº da Guia do Prestador

00000430150

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
29/10/2021

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
00320000082534845

9 - Validade da Carteira
31/10/2022

10 - Nome
BEATRIZ RODRIGUES DE SOUZA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 Atendimento a RM

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
01015553000180

14 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante
LUCIANO APPEL

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
13610

18 - UF
PR

19 - Código CBO

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	27 - Qrde. Solic	28 - Qrde. Aut.
1	29/10/2021		001	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição		
22	0040803112	PUNHO	001	
2	0040803120	RX MÃO OU QUIRODACTILO	001	
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES
3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
023

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qrde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 29/10/2021	12.42	a	12.42	22	0040803112	PUNHO			1.00	35.64	35.64
2 29/10/2021	12.42	a	12.42	22	0040803120	RX MÃO OU QUIRODACTILO			1.00	35.64	35.64
3											
4											
5											

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

48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	30182190900	HELLO SCHULMAN	06	5214	41	225320
2	12	30182190900	HELLO SCHULMAN	06	5214	41	225320

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

1 29/10/2021

2 29/10/2021

3

4

5

6

7

8

9

10

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Contratado

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

2 - Nº da Guia do Prestador

00000430161



1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 29/10/2021	5 - Senha
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 00320000082534845	9 - Validade da Carteira 31/10/2022	10 - Nome BEATRIZ RODRIGUES DE SOUZA	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN [N]
---	--	---	-------------------------------	------------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 01015553000180	14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande	15 - Nome do Profissional Solicitante LUCIANO APPEL	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 13610	18 - UF PR	19 - Código CBO 225225	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 29/10/2021	23 - Indicação Clínica Norma não seg	24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 0030711010	26 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	27 - Qlde. Solic 001	28 - Qlde. Aut.
2							
3							
4							
5							

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 01015553000180	30 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande	31 - Código CNES 00000000
--	---	------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 3	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 05
--------------------------------	--	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 29/10/2021	37 - Hora Inicial 13.15	38 - Hora Final 13.15	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 0030711010	41 - Descrição IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)	42 - Qlde 001	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$) 10.50	47 - Valor Total (R\$) 10.50
1											
2											
3											
4											
5											

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

48 - Seq. Ref 1	49 - Grau Part. 12	50 - Código na Operadora/CPF 76248879915	51 - Nome do Profissional LUCIANO APPEL	52 - Conselho Profissional 06	53 - Número no Conselho 13610	54 - UF 41	55 - Código CBO 225225
--------------------	-----------------------	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------

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

1 29/10/2021	3 _/_/_	5 _/_/_	7 _/_/_	9 _/_/_
2 _/_/_	4 _/_/_	6 _/_/_	8 _/_/_	10 _/_/_

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 10.50	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de 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\$) 10.50
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				



POLICLÍNICA
FAZENDA RIO GRANDE
CENTRO MÉDICO E
MEDICINA DIAGNÓSTICA

POLICLÍNICA FAZENDA RIO GRANDE LTDA.

Centro Médico e Medicina Diagnóstica

LIBERAÇÃO PROCEDIMENTOS

Nome: Guatiriz Rodrigues da Silva Idade: 15 Prontuário: _____ Data: 28/10/21
N.º Carteira: _____ Senha: _____ Médico: Dr. Mauricio
Horário Entrada: 13:15 Saída: 15:00 Convênio: União B. 12.12.15 Enfermagem: Thaiane

Código Procedimento	Descrição	Quat.	CID
30711010	Imobilização não gessada		

DADOS CLÍNICOS: Trauma de mão esquerda em fogo de
bala.

DESCRIÇÃO: Realizado Imobilização com gesso supra e
inferior.

MATERIAL / MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAL / MEDICAMENTOS	QUANT.
Abaixador de língua - unid.		Luva estéril n° _____	
Água destilada _____ ml		Luva plástica	
Água oxigenada _____ ml		Malha tubular	
Aagulha gengival		Micropore	40cm
Aagulha _____ x _____ Aagulha _____ x _____		Nebacetin pomada _____ gr	
Álcool _____ ml		Protetor ocular	
Álcool iodado _____ ml		P.V.P.I. degermante	
Algodão branco - bola		P.V.P.I. tópico	
Algodão ortopédico - rolo		Scalp n° _____	
Atadura crepom n° <u>10</u>	1	Seringa _____ ml	
Atadura gessada n° _____		Sonda aspiração n° _____	
Bolsa Coletora (sistema fechado) unid.		Sonda foley n° _____	
Colírio anestésico		Sonda naso n° _____	
Compressa cirúrgica - unid.		Sonda uretral n° _____	
Cotonete		Soro fisiológico 0,9% _____ ml	
Dreno penrose n° _____		Tala de alumínio _____ cm	
Epítezan pomada _____ gr		Vaselina _____ ml	
Esparadrapo - cm		Xilocaina 2% _____ c/ vaso	
Espátula ginecológica - unid.		Xilocaina 2% _____ s/ vaso	
Fio catgut n° _____		Xilocaina gel _____ gr	
Fio nylon n° _____			
Gase estéril - pct.			
Lâmina de bisturi n° _____			
Luva de procedimento			

Caroline L. [Assinatura]
Assinatura do Paciente

[Assinatura]
Carimbo e Assinatura do Médico

CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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



1 - Registro ANS 0000	2 - Número da Guia Referenciada	Matrícula 00320000082534845	Nome Beneficiário BEATRIZ RODRIGUES DE SOUZA
--------------------------	---------------------------------	--------------------------------	---

Matrícula	00320000082534845
Nome Beneficiário	BEATRIZ RODRIGUES DE SOUZA

Dados do Contratado Executante

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora 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\$				
01	04	17 - Registro ANVISA do Material 29/10/2021	13.15	a	13.15	00			60023384	1.00	36	1	35.00	35.00
20 - Descrição TAXA DE SALA DE PROCEDIMENTOS														
02	03	29/10/2021	14.47	a	14.47	00			70034354	1.00	45	1	2.67	2.67
20 - Descrição ATADURA CREPOM 10CM														
03	03	29/10/2021	14.47	a	14.47	00			70799172	40.00	38	1	0.03	1.20
20 - Descrição MICROPORE BRANCO 5X10														
04	a													
20 - Descrição														
05	a													
20 - Descrição														
06	a													
20 - Descrição														
07	a													
20 - Descrição														
08	a													
20 - Descrição														
09	a													
20 - Descrição														
10	a													
20 - Descrição														
21 - Total de Gases 0.00														
22 - Total de Medicamentos 0.00														
23 - Total de Materiais (R\$) 3.67														
24 - Total de OPME (R\$) 0.00														
25 - Total de Taxas e Aluguéis 35.00														
26 - Total de Diárias (R\$) 0.00														
27 - Total Geral (R\$) 38.87														

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Fernanda Beatriz Ostwald Oliveira
Nº da Carteira: 2.80.252
Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 14/07/2010

Nº da Guia: 4060

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/10/2021	08:02:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Mão Direita

Descrição

ao receber a bola o pulso virou e já não conseguiu movimentar a mão. relatando muita dor e não conseguindo movimentar a mão.

Testemunha da ocorrência

Professor Marcos

Telefone

(41) 3060-4101

Quem prestou primeiros socorros

Josiane

Data

06/10/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações

A aluna torceu o pulso na aula de educação física, foi entrado em contato com a mãe que avisou que o pai viria buscar pra levar para o atendimento.

Ass.:

Diego Henrique De Jesus Frata

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

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

CLÍNICA ADVENTISTA DE

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

00000420197

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

5 - Validade da Carteira

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

FERNANDA BEATRIZ OSTWALD OLIVEIRA

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES

0

12 - Nome do Profissional Executante

LUIZ HENRIQUE MIGUEL COSTA

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

12311

15 - UF

PR

16 - Código CBO

2251

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

18 - Data do Atendimento

06/10/2021

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

95,00

23 - Observação / Justificativa

Toma med.

Dr. Luiz Henrique M. Costa

24 - Assinatura do Profissional Executante

Dr. Luiz Henrique M. Costa
Pediatra
CRM-PR 12.311

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Fernanda Beatriz Ostwald

1 - Registro AAS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 06/10/2021	5 - Senha 4060
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	
9 - Validade da Carteira	
10 - Nome	FERNANDA BEATRIZ OSTWALD OLIVEIRA
11 - Cartão Nacional de Saúde	
12-Atendimento a RN	☒ N

13 - Código na Operadora 01015553000180	14 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ HENRIQUE MIGUEL COSTA	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 12311	18 - UF PR	19 - Código CBO 2251	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	-------------------------	--

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	06/10/2021	1 para mais Dente

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic	28 - Qtd. Aut.
1	0040803112	PUNHO	001	
2	0040803120	RX MÃO OU QUIRODÁCTILO	001	
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora 01015553000180	30 - Nome do Contratado Policlínica Fazenda Rio Grande
31 - Código CNES 3341135	

Dados do Atendimento	
32- Tipo de Atendimento 05	33- Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9
34- Tipo de Consulta	35- Motivo de Encerramento do Atendimento 02

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
06/10/2021	10:24	a	10:24	22	0040803112 PUNHO	001			1,00	35,64	35,64
06/10/2021	10:24	a	10:24	22	0040803120 RX MÃO OU QUIRODÁCTILO	001			1,00	35,64	35,64
3					a						
4					a						
5					a						

48 - Seq Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Numero no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320
2	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 Assinatura do Beneficiário ou Responsável													
1	06/10/2021	3	/	/	5	/	/	7	/	/	9	/	/
2	06/10/2021	4	/	/	6	/	/	8	/	/	10	/	/

58-Observação / Justificativa

50 - Total de Procedimentos (R\$)	71,28
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0,00
61 - Total de 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\$)	71,28

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

