

1 - Registro ANS 000000	9 - Número da Guia Principal
4 - Data da Autorização 16/02/2022	5 - Senha 3595885000
6 - Data Validada da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído para Operadora 3595885000	

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 2337510	9 - Validade da Carteira 31/12/2022
10 - Nome RAFAEL AUGUSTO DOS REIS BINDA	
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

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados	
15 - Nome do Profissional Solicitante MARIA JOSE SILVA DA ROCHA	16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 45714	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 16/02/2022
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 CNIES 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 - Cide	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acess	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 16/02/2022	13:36:11	13:36:11	22	40804097	RX - Pe ou pododactilo	001			1,00	58,36	58,36
2 16/02/2022	13:36:12	13:36:12	22	40804089	RX - Articulaçao tibiotarica (tomozão)	001			1,00	61,08	61,08

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			

36 - Data de Realização de Procedimentos em Séde											
1	/	/		3	/	/		5	/	/	
2	/	/		4	/	/		6	/	/	
37 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
38 - Observações / Justificativa											

56 - Total Procedimentos (R\$) 119,44	59 - Total Taxa e Aluguel (R\$) 0,00	61 - Total Materiais (R\$) 0,00	62 - Total do CPME (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 119,44
------------------------------------------	-----------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------------	----------------------------------------------	----------------------------------

58 - Assinatura do Responsável pela Autorização	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56 - Assinatura do Contratado
-------------------------------------------------	------------------------------------------------	-------------------------------

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal
 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Número da Carteira 2337510 9 - Validade da Carteira 31/12/2022 10 - Nome RAFAEL AUGUSTO DOS REIS BINDA 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 MARIA JOSE SILVA DA ROCHA 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 45714 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante
 21 - Cartão Atendim. 1 22 - Data da Solicitação 16/02/2022 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
 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 - Cide	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 16/02/2022	13:36:11	13:36:11	22	40804097	RX - Pe ou pododactilo	001		1,00		58,36	58,36
2 16/02/2022	13:36:12	13:36:12	22	40804099	RX - Articulacao tibiofarsica (tornozelo)	001		1,00		61,08	61,08

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Senh./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\$) 119,44 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00 61 - Total Materiais (R\$) 0,00 62 - Total de OFME (R\$) 0,00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00 65 - Total Geral (R\$) 119,44
 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rafael Augusto dos Reis Binda
Nº da Carteirinha: 2.33.7510
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM



Data de Nascimento: 19/04/2005

Nº da Gula: 4899

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/02/2022	10:01:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição
Jogando bola o aluno torceu o pé esquerdo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ivanildo	(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros	Data
Mari	16/02/2022

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
O aluno foi atendido na sala de apoio pela monitoria, foi aplicado gel e feito uma compressa gelo.

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

Centro de Imagem

Radiologia Geral

Prontuário: 593851	Pedido: 1138516	Atend: 3595885
Paciente: RAFAEL AUGUSTO DOS REIS BINDA		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA	Cod. Exame: 93	
Médico Solicitante: MARIA JOSE SILVA DA ROCHA	Data Pedido: 16/02/2022 13:36:00	
	Data Laudo: 17/02/2022 16:00:18	

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO E PÉ ESQUERDOS

Os seguintes aspectos foram observados:

Estruturas ósseas íntegras.

Relações articulares preservadas.

Partes moles sem alterações radiográficas.

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



MARCO ANTONIO NICOLODELLI
CRM: 14702