

1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2335577

9 - Validade da Carteira

31/12/2022

10 - Nome

MYLENA GOUDARD

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

76591569000130

14 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante

PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

41500

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

15/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ct Solic.

28 - Ct Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES

15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

05

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

15/03/2022

37 - Hora Inicial 38 - Hora Final

19:58:56 19:58:56

39 - Tabela

22

40 - Procedimento

40803112

41 - Descrição

RX - Punho

42 - Cide

001

43 - Voz

44 - Tec

1.00

45 - Fator Red Jacress

46 - Valor Unitário (R\$)

63.81

47 - Valor Total (R\$)

63.81

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

1 - / /

2 - / /

3 - / /

4 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

63.81

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 Custos Medicinas (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

63.81

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



J.A. 3621908
8.0047558

1 - Registro ANS 000000

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 2335577 9 - Validade da Carteira 31/12/2022 10 - Nome MYLENA GOUDARD 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 PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 41500 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 15/03/2022 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - V/A	44 - Tec	45 - Fator Red./Acrec	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 15/03/2022	19:58:56	19:58:56	22	40803112	RX - Punho	001		1,00		63,81	63,81

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 Taxes 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\$)
63,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	63,81

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

2. Nº da Prescrição

SETOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN					
4 - Data da Autorização	5 - Senha	8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome						
Dados do Beneficiário										
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 - Carteira do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica								
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.						
1 -	1608153012	Px Pielus Bucle AP+D								
2 -										
3 -										
4 -										
5 -										
Dados do Contratado, Evidente										
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado									
Dados do Atendimento										
32 - Tipo de Atendimento	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 - Código do Procedimento	41 - Descrição					
1 -					42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Prod/Accresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
2 -										
3 -										
4 -										
5 -										
Identificação do(s) Profissional(is) Escitante(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 -				
58 - Observação / Justificativa										
59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPM (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Médicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável									

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Myllena Goudard

Nº da Carteirinha: 2.33.5577

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 27/12/2008

Nº da Guia: 5254

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/03/2022	17:44:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Desmaio

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

A aluna estava na aula de educação física, quando ela jogou a bola começou sentir falta de ar, crise de ansiedade e muita dor na cabeça e sentindo um leve formigamento no corpo inteiro.

Testemunha da ocorrência

Larissa

Telefone

(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros

Larissa

Data

15/03/2022

Local de atendimento

HPP - Hospital Pequeno Príncipe

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde, Curitiba
- PR

Telefone

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

Observações

A aluna foi atendida pela professora, colocou a aluna deitada, tentando acalmar a aluna.

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:	43693	Pedido:	1147558	Atend:	3621908
Paciente:	MYLLENA GOUDARD				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA			Cod. Exame:	75
Médico Solicitante:	PEDRO ARTHUR SILVA MACHADO			Data Pedido:	15/03/2022 19:58:00
				Data Laudo:	17/03/2022 17:03:57

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea de aspecto radiográfico 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.



MARCO ANTONIO NICLODELLI
CRM: 14702