

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 29/03/2022 5 - Senha 3637178000

6 - Data Validade da Senha 3637178000

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora 3637178000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 367966

9 - Validade da Carteira 30/07/2023

10 - Nome MATEUS VINICIUS DA GAMA ALVES

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 AMANDA DA SILVA DUARTE

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 46759

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 29/03/2022 23 - Indicação Clínica

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz. 29 - Ql.Solic. 28 - Descrição

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 - Qlde | 43 - Via | 44 - Tec | 45 - Fator Red/Acesso | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|--------------|-------------------|-----------------|-------------|-------------------|------------------------|-----------|----------|----------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| 1 29/03/2022 | 18:35:42          | 18:35:42        | 22          | 40804097          | RX - Pe ou pododactilo | 001       |          |          |                       | 1,00                      | 58,36                  |

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 Sétio 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\$) |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 58,36                          | 0,00                              | 0,00                       | 0,00                     | 0,00                             | 0,00                                 | 58,36                  |

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

ROBERTA. Data/Hora: 26/04/2022 10:30:15

Contalote: 1989117

Atendimento: 3637178

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1989117

36371781 1153014

1 - Registro ANS

000000

5 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Arribado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

367966

9 - Validade da Carteira

30/07/2023

10 - Nome

MATEUS VINICIUS DA GAMA ALVES

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

AMANDA DA SILVA DUARTE

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

46759

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

29/03/2022

23 - Indicação Clínica

27 - QI Solic.

28 - QI Autoriz.

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código ONES

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

1

37 - Hora Inicial

18:35:42

38 - Hora Final

18:35:42

39 - Tabela

40 - Procedimento

40804097

41 - Descrição

RX - Pe ou pododactilo

42 - QI

001

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red/Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

58,36

58,36

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 da Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Responsável

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total do OFME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

58,36

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

58,36

56 - Assinatura do Responsável pela Autorização

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Responsável

59 - Assinatura do Responsável

60 - Assinatura do Responsável

61 - Assinatura do Responsável

62 - Assinatura do Responsável

63 - Assinatura do Responsável

64 - Assinatura do Responsável

65 - Assinatura do Responsável

66 - Assinatura do Responsável

67 - Assinatura do Responsável

68 - Assinatura do Responsável

69 - Assinatura do Responsável

70 - Assinatura do Responsável

71 - Assinatura do Responsável

72 - Assinatura do Responsável

73 - Assinatura do Responsável

74 - Assinatura do Responsável

75 - Assinatura do Responsável

76 - Assinatura do Responsável

77 - Assinatura do Responsável

78 - Assinatura do Responsável

79 - Assinatura do Responsável

80 - Assinatura do Responsável

81 - Assinatura do Responsável

82 - Assinatura do Responsável

83 - Assinatura do Responsável

84 - Assinatura do Responsável

85 - Assinatura do Responsável

86 - Assinatura do Responsável

87 - Assinatura do Responsável

88 - Assinatura do Responsável

89 - Assinatura do Responsável

90 - Assinatura do Responsável

91 - Assinatura do Responsável

92 - Assinatura do Responsável

93 - Assinatura do Responsável

94 - Assinatura do Responsável

95 - Assinatura do Responsável

96 - Assinatura do Responsável

97 - Assinatura do Responsável

98 - Assinatura do Responsável

99 - Assinatura do Responsável

100 - Assinatura do Responsável

101 - Assinatura do Responsável

102 - Assinatura do Responsável

103 - Assinatura do Responsável

104 - Assinatura do Responsável

105 - Assinatura do Responsável

106 - Assinatura do Responsável

107 - Assinatura do Responsável

108 - Assinatura do Responsável

109 - Assinatura do Responsável

110 - Assinatura do Responsável

111 - Assinatura do Responsável

112 - Assinatura do Responsável

113 - Assinatura do Responsável

114 - Assinatura do Responsável

115 - Assinatura do Responsável

116 - Assinatura do Responsável

117 - Assinatura do Responsável

118 - Assinatura do Responsável

119 - Assinatura do Responsável

120 - Assinatura do Responsável

121 - Assinatura do Responsável

122 - Assinatura do Responsável

123 - Assinatura do Responsável

124 - Assinatura do Responsável

125 - Assinatura do Responsável

126 - Assinatura do Responsável

127 - Assinatura do Responsável

128 - Assinatura do Responsável

129 - Assinatura do Responsável

130 - Assinatura do Responsável

131 - Assinatura do Responsável

132 - Assinatura do Responsável

133 - Assinatura do Responsável

134 - Assinatura do Responsável

135 - Assinatura do Responsável

136 - Assinatura do Responsável

137 - Assinatura do Responsável

138 - Assinatura do Responsável

139 - Assinatura do Responsável

140 - Assinatura do Responsável

141 - Assinatura do Responsável

142 - Assinatura do Responsável

143 - Assinatura do Responsável

144 - Assinatura do Responsável

145 - Assinatura do Responsável

146 - Assinatura do Responsável

147 - Assinatura do Responsável

148 - Assinatura do Responsável

149 - Assinatura do Responsável

150 - Assinatura do Responsável

151 - Assinatura do Responsável

152 - Assinatura do Responsável

153 - Assinatura do Responsável

154 - Assinatura do Responsável

155 - Assinatura do Responsável

156 - Assinatura do Responsável

157 - Assinatura do Responsável

158 - Assinatura do Responsável

159 - Assinatura do Responsável

160 - Assinatura do Responsável

161 - Assinatura do Responsável

162 - Assinatura do Responsável

163 - Assinatura do Responsável

164 - Assinatura do Responsável

165 - Assinatura do Responsável

166 - Assinatura do Responsável

167 - Assinatura do Responsável

168 - Assinatura do Responsável

169 - Assinatura do Responsável

170 - Assinatura do Responsável

171 - Assinatura do Responsável

172 - Assinatura do Responsável

173 - Assinatura do Responsável

174 - Assinatura do Responsável

175 - Assinatura do Responsável

176 - Assinatura do Responsável

177 - Assinatura do Responsável

178 - Assinatura do Responsável

179 - Assinatura do Responsável

180 - Assinatura do Responsável

181 - Assinatura do Responsável

182 - Assinatura do Responsável

183 - Assinatura do Responsável

184 - Assinatura do Responsável

185 - Assinatura do Responsável

186 - Assinatura do Responsável

187 - Assinatura do Responsável

188 - Assinatura do Responsável

189 - Assinatura do Responsável

190 - Assinatura do Responsável

191 - Assinatura do Responsável

192 - Assinatura do Responsável

193 - Assinatura do Responsável

194 - Assinatura do Responsável

195 - Assinatura do Responsável

196 - Assinatura do Responsável

197 - Assinatura do Responsável

198 - Assinatura do Responsável

199 - Assinatura do Responsável

200 - Assinatura do Responsável

201 - Assinatura do Responsável

202 - Assinatura do Responsável

203 - Assinatura do Responsável

204 - Assinatura do Responsável

205 - Assinatura do Responsável

206 - Assinatura do Responsável

207 - Assinatura do Responsável

208 - Assinatura do Responsável

209 - Assinatura do Responsável

210 - Assinatura do Responsável

211 - Assinatura do Responsável

212 - Assinatura do Responsável

213 - Assinatura do Responsável

214 - Assinatura do Responsável

215 - Assinatura do Responsável

216 - Assinatura do Responsável

217 - Assinatura do Responsável

218 - Assinatura do Responsável

219 - Assinatura do Responsável

|                                                                                         |  |                                                            |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>0                                                                   |  | 8 - Número da Guia Principal                               |  |
| 4 - Data da Autorização                                                                 |  | 5 - Semha                                                  |  |
| 6 - Data Validade da Semha                                                              |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora                |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                            |  |                                                            |  |
| 8 - Número da Carteira<br>367966                                                        |  | 9 - Validade da Carteira                                   |  |
| 10 - Nome<br>MATEUS VINICIUS DA GAMA ALVES                                              |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                              |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                              |  |                                                            |  |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                             |  |                                                            |  |
| 13 - Código na Operadora<br>59                                                          |  | 14 - Nome do Contratado<br>VICTOR HUGO MARIANO RAMOS       |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>VICTOR HUGO MARIANO RAMOS                      |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                            |  |
| 17 - Número no Conselho<br>25919                                                        |  | 18 - UF<br>41                                              |  |
| 19 - Código CBO<br>225270                                                               |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                |  |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados</b>                         |  |                                                            |  |
| 21 - Caracter Atendimento<br>2                                                          |  | 22 - Data da Solicitação<br>29/03/2022                     |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                  |  |                                                            |  |
| 24 - Tabela<br>22                                                                       |  | 25 - Código do Procedimento<br>40804097                    |  |
| 26 - Descrição<br>RX - Pa ou pododactilo                                                |  | 27 - Qtd. Solic.<br>1                                      |  |
| 28 - Qtd. Aut.                                                                          |  | 29 - Qtd. Médica<br>1                                      |  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                   |  |                                                            |  |
| 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  | 31 - Código CNES<br>15563                                  |  |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                             |  |                                                            |  |
| 32 - Tipo Atendimento                                                                   |  | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada) |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                                                   |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                            |  |                                                            |  |
| 36 - Data                                                                               |  | 37 - Hora Inicial                                          |  |
| 38 - Hora Final                                                                         |  | 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento                    |  |
| 41 - Descrição                                                                          |  | 42 - Qtd.                                                  |  |
| 43 - Via                                                                                |  | 44 - Tec.                                                  |  |
| 45 - Falt. Red/Acresc.                                                                  |  | 46 - Valor Unitário (R\$)                                  |  |
| 47 - Valor Total (R\$)                                                                  |  |                                                            |  |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                               |  |                                                            |  |
| 48 - Seq. Ref.                                                                          |  | 49 - Grau Part.                                            |  |
| 50 - Código na operadora/CPF                                                            |  | 51 - Nome do Profissional                                  |  |
| 52 - Cons Profissional                                                                  |  | 53 - Número no Conselho                                    |  |
| 54 - UF                                                                                 |  | 55 - Código CBO                                            |  |
| <b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série</b>                                |  |                                                            |  |
| 1 - / /                                                                                 |  | 2 - / /                                                    |  |
| 3 - / /                                                                                 |  | 4 - / /                                                    |  |
| 5 - / /                                                                                 |  | 6 - / /                                                    |  |
| 7 - / /                                                                                 |  | 8 - / /                                                    |  |
| 9 - / /                                                                                 |  | 10 - / /                                                   |  |
| <b>58 - Observações / Justificativa</b>                                                 |  |                                                            |  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                                                          |  |                                                            |  |
| 60 - Total Taxas e Auspícios (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                                                           |  |                                                            |  |

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 29/03/2022 18:25:46

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE

3637162

*[Assinatura]*

*[Assinatura]*  
Dra. Amanda Duarte  
CRM 35.359

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Mateus Vinicius da Gama Alves  
**Nº da Carteirinha:** 3.6.7966  
**Instituição:** Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



**Data de Nascimento:** 31/03/2010

**Nº da Guia:** 5493

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade                          |
|--------------------|----------|--------|------------------------------------|
| 29/03/2022         | 17:05:00 | Quadra | Atividades esportivas fora de aula |

## O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

## Partes do corpo

Pé Esquerdo, 1º Dedo Pé Esquerdo

## Descrição

Estava em intervalo jogando bola foi chutar a bola e chutou o pé do colega.

## Testemunha da ocorrência

Monitor Eduardo

## Telefone

(41) 3051-8620

## Quem prestou primeiros socorros

Monitora Janaina

## Data

29/03/2022

| 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

foi aplicado gelo e ficou em observação até a chegada do responsável para estar levando ao médico.

Ass.:

Elian Kelvin dos Santos

**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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

Prescrição.: 4934113 Data Prescrição: 29/03/2022 18:26  
Setor Solic: EMERGENCIA CONVENIOS NR Carteira: 367966  
Atendimento: 3637162 Validade:  
Paciente...: 27414 - MATEUS VINICIUS DA GAMA ALVES Nasc: 31/03/2010 11a 11m 30d  
Origem Atd.: EMERGENCIA CONVENIOS Classificação de Risco:  
Convênio...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Serviço: ORTOP. E TRAUMATOLOGIA PEDIAT.  
Prestador...: 25919 VICTOR HUGO MARIANO RAMOS  
Acomodação.: Leito:  
Unid Intern:  
Cid.....: S903 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES E PARTES NAO ESPECIFICADAS DO PE Usuário:  
VICTOR.RAMOS

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado

Para: RADIOLOGIA

Prescrição: 

Material Loc. Anatômico

Accession Number

| Exames:                              | Qtd. | Pedido                                                                                       | Data Coleta         | Cod. Fatur.                                                                                                      |
|--------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RADIOGRAFIA DE PE OU<br>PODODACTILOS | 1    | <br>1153012 | 29/03/2022<br>18:26 | <br>0001479859<br>AT 32040105 |

Observação: PÉ ESQUERDO - AP/ PERFIL/ OBLIQUA

*Dra. Amanda Duarte*  
Médica  
CRM 46.759

VICTOR HUGO MARIANO RAMOS  
CRM 25919

## Centro de Imagem

### Radiologia Geral

|                                            |                                  |                |
|--------------------------------------------|----------------------------------|----------------|
| Prontuário: 27414                          | Pedido: 1153014                  | Atend: 3637178 |
| Paciente: MATEUS VINICIUS DA GAMA ALVES    |                                  |                |
| Convênio: CLINICA ADVENTISTA               |                                  |                |
| Médico Solicitante: AMANDA DA SILVA DUARTE | Data Pedido: 29/03/2022 18:35:00 |                |
|                                            | Data Imagem: 29/03/2022 17:30:13 |                |
|                                            | Data Laudo: 31/03/2022 15:40:03  |                |

### RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

Incidências: frente, perfil 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 NICOLODELLI  
CRM: 14702