

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

5 - Senha

4 - Data da Autorização
25/03/2022

ELEGIVEL

6 - Data Validada da Sanha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

19437

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

5442

9 - Validade da Carteira

31/12/2022

10 - Nome

HENRIQUE TORMEN DO AMARAL

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

NATALIA SASAKI DELLA MOTTA

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

48130

18 - UF

41

19 - Código CBO

225230

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cartão Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

25/03/2022

23 - Indicação Clínica

ferimentos com contusões em Frente

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

11

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/3h-Hora Final

38 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Cidade

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red./Acesso

46 - Valor Utilitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Valor Total (R\$)

49 - Valor Total (R\$)

0101039 - EM PRONTO SOCORRO

301017494 Sutura

01

01

01

01

01

145,63

76,40

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 - Código CBO

57 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

1 - / /

2 - / /

3 - / /

4 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

11 - / /

12 - / /

13 - / /

14 - / /

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 Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Total Geral (R\$)

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Responsável pela Autorização

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

SILMARA.

Data/Hora: 25/03/2022 17:20:02

Contato/Lote: 1984704

Atendimento: 3633061

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1984704

1/1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Henrique Tormen do Amaral

Nº da Carteirinha: 3.30.2690

Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

Data de Nascimento: 19/01/2015

Nº da Guia: 5442



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/03/2022	16:07:00	Escada	Escorregou na escada.

O que aconteceu	Partes do corpo
escorregou na escada.	Cabeça

Descrição
O aluno estava descendo em fila as escadas, escorregou e bateu na escada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Iolanda	43991858548

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Iolanda e Monitora Luciana.	25/03/2022

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 pronto atendido no local e em seguida os responsáveis já foram avisados. Para que pudesse leva-lo ao atendimento médico.

Ass.:

Poliana Santos Rosa

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

Zimbra

elaine.martins@hpp.org.br

RES: Liberação de procedimento CLINICA ADVENTISTA

De : CLAC - Hudson Oliveira
<contratos@clinicaadventista.org.br>

qui, 31 de mar de 2022 13:20

📎 1 anexo

Assunto : RES: Liberação de procedimento CLINICA ADVENTISTA

Para : 'Elaine Cristina Martins'
<elaine.martins@hpp.org.br>

Cc : 'Vanessa Ferreira Dos Santos'
<santos.vanessa@hpp.org.br>, 'Tiago Ribeiro' <tiago.ribeiro@hpp.org.br>

Boa tarde Elaine

Autorizamos o uso do material utilizado na emergência.

Favor anexar este e-mail na fatura hospitalar.

ATT

**Hudson
Schenoveber de Oliveira**

Analista

☎ (41) 3240.2918 📠 (41) 99895.0157

clinicaadventista.org.br



Clínica Adventista
de Curitiba



Clínica Adventista
de Porto Alegre

De: Elaine Cristina Martins <elaine.martins@hpp.org.br>

Enviada em: quinta-feira, 31 de março de 2022 10:29

Para: contratos@clinicaadventista.org.br

Cc: Vanessa Ferreira Dos Santos <santos.vanessa@hpp.org.br>; Tiago Ribeiro <tiago.ribeiro@hpp.org.br>

Assunto: Liberação de procedimento CLINICA ADVENTISTA

Bom dia,

Solicito Liberação para vosso beneficiário HENRIQUE TORMEN DO AMARAL, matrícula 5442 devido ao procedimento realizado na Emergência Convênios do Hospital Pequeno Príncipe.

Procedimento: 30101794 Sutura Pequenos Ferimentos

Material: Cola Histoacryl

Segue em anexo pedido médico.

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: HENRIQUE TORMEN DO AMARAL
Nome Mãe: BRUNA DE PAULA

Data Nasc: 19/01/2015
Nome Pai: WILLIAM HENRIQUE DE

CODIGO 00598317
Idade: 7 Anos 2 Meses 6 Dias
Sexo: MASCULIN
CNS do Paciente:

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): NATALIA SASAKI DELLA MOTTA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 25/03/2022 - 17:23

CRM: 48130
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA

CODIGO 03633061
Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 5442

Responsável: WILLIAM HENRIQUE DE MEDEIROS

Grau de Parentesco: PAI

Telefone: 996657490

Anamnese**História da Doença Atual (HDA)**

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE COM QUEIXA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA HÁ CERCA DE UMA HORA. NEGA TCE, SINAIS NEUROLÓGICOS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS. VACINAS ATUALIZADAS.

Exame Físico

BEG, ALERTA, ATIVO E REATIVO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EUPNEICO
LESÃO CORTOCONTUSA EM FRONTE

Diagnóstico

FCC EM FRONTE

Tratamento/Conduta

LIMPEZA E COLA CIRÚRGICA
ORIENTAÇÕES GERAIS, DE CUIDADOS, DE SINAIS DE ALARME E DE RETORNO SE PIORA OU DÚVIDA

Medico(a): NATALIA SASAKI DELLA MOTTA
CRM: 48130

Natalia S. della Mo.
Médica
CRM 48130

Paciente 00598317



Data impressão: 25/03/2022

Atendimento 03633061



Documento C468-V1206





GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 3639658000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 31/03/2022	5 - Senha ELEGIVEL	6 - Data Validade da Senha 31/12/2022	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19492
---------------------------------------	-----------------------	--	--

8 - Número da Carteira 5548	9 - Validade da Carteira 31/12/2022	10 - Nome EMANUELA DE PAIVA DIAS	11 - Cartão Nacional de Saúde 709006871448517	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 LUCIO RICIERI PEROTTI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 27706	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados	21 - Cartão Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 31/03/2022	23 - Indicação Clínica Fratura SH7
--	---------------------------	--	---------------------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Rubrica Fratura SH7	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 11	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 - Qide	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red/Acrese	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	-----------	-----------------------------------	-------------	-------------------	----------------	-----------	----------	----------	-----------------------	---------------------------	------------------------

30x277730 Fratura de Punho 09
13101039 - EM PRONTO SOCORRO

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	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\$)
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	------------------------

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

SILMARA.	Data/Hora: 31/03/2022 14:59:44	Conta/Lote: 1989064	Atendimento: 3639658	Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	1989064
----------	--------------------------------	---------------------	----------------------	--	---------

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Emanuela de Paiva Dias

Nº da Carteirinha: 3.6.7720

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 08/04/2013

Nº da Guia: 5548



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/03/2022	10:55:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Antebraço Esquerdo

Descrição
Aluna relatou que havia torcido o braço em casa e na aula de Educação física bateu com o mesmo na outra colega aumentando a dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Lucas	(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Janaina	31/03/2022

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
foi aplicado gelo e ficou em observação até a chegada da mãe.

Ass.: _____

Elían 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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

DADOS DO PACIENTE

CODIGO 00494013

Nome Paciente: EMANUELA DE PAIVA DIAS
Nome Mãe: EDILEUZA MARTINS DE PAIVA DIAS

Data Nasc: 08/04/2013
Nome Pai: MARCIO DE OLIVEIRA D

Idade: 8 Anos 11 Meses 23 Dias Sexo: FEMININO
CNS do Paciente: 709006871448517

DADOS DO ATENDIMENTO

CODIGO 03639658

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 31/03/2022 - 15:03

CRM: 27706
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA

Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Matrícula: 5548

Responsável: EDILEUZA MARTINS DE PAIVA DIAS

Grau de Parentesco: MAE

Telefone: 33287943

Anamnese**História da Doença Atual (HDA)**

ACOMPANHAD AD AMÃE

REFERE TRAUMA DIRETO EM PUNHO ESQUERDO HOJE NA ESCOLA (TROMBOU COM AMIGA)
REFERE DOR DESDE ENTAO

Exame Físico

BEG CALMA COMUNICATIVA
DOR LEVE A PALPAÇÃO DE PUNHO ESQUERDO
FLEXOEXTENSAO DE PUNHO ATIVA E PASSIVA LIVRE
PRONOSUPINAÇÃO ATIVA E PASSIVA LIVRE
MOBILIZA DEDOS COM NV PRESERVADO

RX SEM LAUDO EVIDENCIANDO EDEMA DE PARTES MOLES - SUSPEIT FRATURA SH1

Diagnóstico

SH1

Tratamento/Conduta

REALIZADO IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA TIPO LUVA
PRESCREVO ANALGESIA E CRIOTERAPIA
VIGILÂNCIA ATIVA
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO AO PS SE NECESSÁRIO
ORIENTO SINAIS DE FRATURA OCULTA
ORIENTO E ESCLAREÇO DÚVIDAS
RETORNO AMBULATORIAL



Dr. Lucio Ricieri Perotti
CRM-PR 27706

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI
CRM: 27706

Paciente 00494013



Atendimento 03639658



Documento C468-V1206

