

1 - Registro ANS 000000

4 - Data da Autorização 03/05/2022

8 - Número da Carteira 375961

13 - Código na Operadora 76591569000130

15 - Nome do Profissional Solicitante JOILTON BONIFACIO DE SOUZA

21 - Caráter Atendim. 1

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

29 - Código na Operadora 76591569000130

32 - Tipo Atendimento 05

36 - Data 1 03/05/2022 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtd 43 - Via 44 - Trc 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq.Raf. 49 - Grau Part. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

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\$) 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

6 - Data Validade da Sanha 3675266000

9 - Validade da Carteira 31/12/2022

14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

16 - Conselho Profissional 6

22 - Data da Solicitação 03/05/2022 23 - Indicação Clínica

17 - Número no Conselho 40664

30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9

34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

48 - Seq.Raf. 49 - Grau Part. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

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\$) 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

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3675266000

10 - Nome ANDRE LUIZ CORDEIRO

18 - UF 41

19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

31 - Código CINES 15563

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\$) 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



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

2 - Nº Guia no Prestador 3675266000000

3675266 - 3167558.

1 - Registro ABR 000000
 2 - Número da Guia Principal
 3 - Data de Autorização
 4 - Sembr
 5 - Data Validade da Sembr
 6 - Número da Guia Autorizada pela Operadora

7 - Nome do Beneficiário
 8 - Número da Carteira 375961
 9 - Validade da Carteira 31/12/2022
 10 - Nome ANDRE LUIZ CORDEIRO
 11 - Cartão Nacional de Saúde 898004019227871
 12 - Atendimento a RM 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 JOILTON BONIFACIO DE SOUZA
 16 - Conselho Profissional 6
 17 - Número no Conselho 40664
 18 - UF 41
 19 - Código CBO 225270
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter Atendimento 1
 22 - Data da Solicitação 03/05/2022
 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

Dados do Atendimento
 32 - Tipo Atendimento 05
 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)
 34 - Tipo de Consulta 9
 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 - Vlr	44 - Tec	45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	03/05/2022	15:04:37	15:04:37	22	40803120	RX - Mao ou quirodactilo	001	1,00		61,37	61,37

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Suel 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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

57 - Observações / Justificativa

58 - Assinatura do Responsável pela Autorização

59 - Total Procedimentos (R\$) 61.37
 60 - Total Taxas e Aluguéis (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 Casos Medicais (R\$) 0.00
 65 - Total Geral (R\$) 61.37

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

LUCINEIDE. Data/Hora: 03/05/2022 15:04:41 Contat/Lote: 2013692 Atendimento: 3675266 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
 2013692
 1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Andre Luiz Cordeiro
Nº da Carteirinha: 3.7.5961
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 17/08/2006 Nº da Guia: 5985

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/05/2022	13:46:00	Banheiro	Aluno deu socos na parede

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita

Descrição

Aluno ficou nervoso com uma situação disciplinar, foi até o banheiro e deu socos na parede.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Pierre Belo	41998180107

Quem prestou primeiros socorros	Data
Pierre Belo	03/05/2022

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, aplicado gelo para aliviar a dor.

Ass.: 

Pierre Alexander Belo

* *Rizete A. de S. Miranda*

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

Nº DA SOLICITAÇÃO		DATA 03-05-2022	HORA 13:14	VTR 04	BASE Kawary	RADIO OPERADOR Baviano	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Adm Luiz Alexandre					IDADE 15	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nº DA CARTEIRINHA
CONTRATO União Advantista					UNIDADE Hito + Silva Begrim		
MOTIVO DO CHAMADO Trauma em mão							
USO DE MEDICAMENTOS CONTÍNUOS?				ESCALA DE GLASGOW			
				ABERTURA OCULAR ESPONTANEAMENTE <input type="checkbox"/> 4 AO CHAMADO <input type="checkbox"/> 3 À DOR <input type="checkbox"/> 2 SEM RESPOSTA <input type="checkbox"/> 1		RESPOSTA VERBAL ORIENTADO E DIALOGA <input checked="" type="checkbox"/> 5 CONFUSO <input type="checkbox"/> 4 PALAVRAS INADEQUADAS <input type="checkbox"/> 3 SONS INCOMPREENSÍVEIS <input type="checkbox"/> 2 SEM RESPOSTA <input type="checkbox"/> 1	
				RESPOSTA MOTORA OBEDECEM <input type="checkbox"/> 6 FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3 LOCALIZA DOR <input type="checkbox"/> 5 EXTENSÃO <input type="checkbox"/> 2 RETIRO FLEXÃO <input type="checkbox"/> 4 SEM RESPOSTA <input type="checkbox"/> 1			
SINAIS VITAIS / PARÂMETROS BÁSICOS				ANTECEDENTES			
HORA	P.A.S.	P.A.D.	TEMP.	F. RESP.	F.C.	ENCH. CAP.	SATURAÇÃO
	100	80	36	14	68		92
				NENHUM <input type="checkbox"/> CARDIOP. <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> ALERGIA <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> AVE <input type="checkbox"/> DIABETES I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> OUTROS:			
EXAME NEUROLÓGICO			AP. RESPIRATÓRIO			CABEÇA E PESCOÇO	
NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> MIDRIASE <input type="checkbox"/> NÃO REAGENTE <input type="checkbox"/> BABINSKI (*) <input type="checkbox"/> COMA GRAU <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> LIB. ESFINCTER <input type="checkbox"/> DEF. MOTOR _____ ALT. SENT. _____ ALT. SENSORIAL _____ OUTROS _____			NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/> RESP. NORMAL <input type="checkbox"/> RESP. IRREG. <input type="checkbox"/> PAR. RESP. <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> EST. CREPITANTES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EST. BOLHOSOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIBILOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUTROS _____			NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/> APNÉIA <input type="checkbox"/> ASSISTIDA <input type="checkbox"/> RSP. MM. ACESS. <input type="checkbox"/> BRONCOASPIR. <input type="checkbox"/> MUCOPURUR. <input type="checkbox"/> RONCOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
ECG RITMO <input type="checkbox"/> F.C. <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO REALIZOU			PSIQUIÁTRICO NORMAL <input type="checkbox"/> DEPRESSIVO <input type="checkbox"/> DELÍRIO <input type="checkbox"/> NÃO FOI INVESTIGADO <input type="checkbox"/> ANSIOSO <input type="checkbox"/> AGRESSIVO <input type="checkbox"/> VIOLENTO <input type="checkbox"/> TENTATIVA DE SUICÍDIO <input type="checkbox"/>			A Parede <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/> OUTROS _____ APARELHO CARDIOVASCULAR NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> PAR. CARDÍACA <input type="checkbox"/> SOPROS <input type="checkbox"/> MIT <input type="checkbox"/> JUGULAR E ENGURGITADA <input type="checkbox"/> SISTÓLICO <input type="checkbox"/> TRI <input type="checkbox"/> BOLHAS HIPOFONÉTICAS <input type="checkbox"/> DIASTÓLICO <input type="checkbox"/> AOR <input type="checkbox"/> ATRITO PERICÁRDIO <input type="checkbox"/> PUL <input type="checkbox"/> GALOPE <input type="checkbox"/> RIT. REGULAR <input type="checkbox"/> RIT. IRREGULAR <input type="checkbox"/> PULSO PERIFÉRICOS _____ OUTROS _____	
ABDÔMEN NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> HEMATEMESE <input type="checkbox"/> HÉRNIA <input type="checkbox"/> MELENA <input type="checkbox"/> DISTENDIDO <input type="checkbox"/> CONTRATURA <input type="checkbox"/> RHA + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> EVENTRAÇÃO <input type="checkbox"/> ENTERORRAGIA <input type="checkbox"/> ASCITE <input type="checkbox"/> MAC BURNLEY <input type="checkbox"/> HEPATOMEG <input type="checkbox"/> EVISCERAÇÃO <input type="checkbox"/> RENITENTE <input type="checkbox"/> DOLOROSO <input type="checkbox"/> MURPHY <input type="checkbox"/> ESPLNOMEG <input type="checkbox"/> OUTROS _____			UROGENITAL NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANURIA <input type="checkbox"/> HEMATURIA <input type="checkbox"/> SONDA VES. <input type="checkbox"/> GLOBO VESICAL <input type="checkbox"/> DOR TESTIC. <input type="checkbox"/> PUNHO PREC. (+) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUTROS _____			GINECO OBSTÉTRICO NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> HEMORR. VAGINAL <input type="checkbox"/> AMEAÇA DE ABORTO <input type="checkbox"/> DOR PÉLVICA <input type="checkbox"/> PARTO DOMIC. <input type="checkbox"/> OUTROS _____	
DIAGNÓSTICOS Suspeita de fratura							
TRATAMENTO Hospitalar							
RESUMO CLÍNICO Paciente do sexo masculino, 15 anos, com trauma em mão esquerda, apresentando dor, inchaço e dificuldade de movimento. Foi admitido no Hospital de Pronto Socorro com diagnóstico de suspeita de fratura. Foi realizado exame físico e radiológico. O tratamento foi iniciado com analgésicos e imobilização. O paciente evoluiu satisfatoriamente e foi encaminhado para o tratamento definitivo.							
DESTINO DO PACIENTE Hospital de Pronto Socorro				CARIMBOS E ASSINATURA RECEPTOR Kawary			
MÉDICO	ENFERMEIRO Luis Alexandre Oliveira Enfermeiro CREM-PR 345630			CONDUTOR		PACIENTE OU RESPONSÁVEL	

Centro de Imagem
Radiologia Geral

Prontuário:	189051	Pedido:	1167158	Atend:	3675266
Paciente:	ANDRE LUIZ CORDEIRO				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA	Médico Solicitante:	JOILTON BONIFACIO DE SOUZA		
Dt Pedido:	03/05/2022 15:04:00	Dt Imagem:	03/05/2022 14:44:24	Dt Laudo:	05/05/2022 14:32:09

RADIOGRAFIA DA MÃO DIREITA

Incidências: frente e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Fraturas de quarto e quinto metacarpos.

Relações articulares preservadas.

*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