

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 27/04/2022 5 - Senha 3668591000

Dados do Beneficiário

6 - Data Validade da Senha 3668591000 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3668591000 8 - Número da Carteira 4497 9 - Validade da Carteira 30/07/2023 10 - Nome NICKOLE GAIOVIS GONCALVES 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 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

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 27/04/2022 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 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 27/04/2022 37 - Hora Inicial 14:06:34 38 - Hora Final 14:06:34 39 - Tabela 22 40 - Procedimento 40804054 41 - Descrição RX - Joelho 42 - Qlde 001 43 - Via 1.00 44 - Tec 63.38 45 - Fator Red/Acresc 63.38 46 - Valor Unitário (R\$) 63.38 47 - Valor Total (R\$) 63.38

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\$) 63.38

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 Gases Medicinais (R\$) 0.00

65 - Total Geral (R\$) 63.38

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

ROBERTA. Data/Hora: 09/05/2022 15:00:34 Contat./ote: 2009199 Atendimento: 3668591 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 2009199 1 / 1



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

2 - Nº Guia no Prestador 3668591000000

1 - Registro ANS

3668591

1164734

4 - Data da Autorização

000000

5 - Número da Guia Principal

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Arquivado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

4497

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

NICKOLE GAOVIS GONCALVES

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código no Operadora

76591569000130

14 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

27/04/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql.Solc.

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 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/36-Hora Final

38 - Tabela

39 - Procedimento

40 - Descrição

41 - Tipo de Consulta

42 - Qlde

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red./Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

1 27/04/2022

14:06:34 14:06:34 22

40804054

RX - Joelho

001

1.00

63.38

63.38

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Prof.

50 - Código na operadora/CNP

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 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

ROSANI DOPKE Data/Hora: 27/04/2022 14:04:54

Conta/Lote: 2009199

Atendimento: 3668591

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2009199

1 / 1

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Semia

Dados do Beneficiário

6 - Data de Validade da Semia

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

6 - Data de Validade da Semia

7 - Número da Guia Atribuído para Operador

Dados do Solicitante

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

Joilton Benedito da Silva

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

23 - Indicação Clínica

Ortopedia

24 - Tabela

26 - Operação

27 - Data da Solicitação

28 - Data da Solicitação

29 - Data da Solicitação

30 - Data da Solicitação

31 - Código CNES

40804054 Ra de Joelhas Eq. AP + T + Axila da Tabela

Dados do Contratado Executor

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (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

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Rec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Médicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO		
NOME COMPLETO DO ALUNO: <u>Nickde G. GONÇALVES</u>		Nº DA MATRÍCULA: <u>4497</u>
NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: <u>COL. ADV. ALTO BOQUEIRÃO</u>		TELEFONE: <u>3031 8600</u>
ENDEREÇO: <u>Bom PASTOR - 606</u>		CIDADE: <u>CTBA</u> UF: <u>PR</u>
DATA DA OCORRÊNCIA: <u>27/04/22</u>	NATUREZA DO ACIDENTE: ☐ ATROPELAMENTO ☐ BRIGA ☐ CHOQUE COM DISPOSITIVO FIXO ☐ CHOQUE COM TERCEIRA PESSOA ☐ CORTE COM INSTRUMENTO OU OBJETO ☐ CORPO ESTRANHO ☐ QUEIMADURA ☐ QUEDA ☒ TORÇÃO ☐ TRAUMA ☐ TRAUMA COM BOLA ☐ OUTROS QUAL?	ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE: ☐ ATLETISMO ☐ CAMA ELÁSTICA ☒ DESLOCAMENTO NO INTERIOR DO COLÉGIO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ GINÁSTICA OLÍMPICA ☐ JOGO DE BASQUETE ☐ JOGO DE FUTEBOL ☐ JOGO DE HANDEBOL ☐ JOGO DE VOLEY ☐ NATAÇÃO ☐ RECREIO ☐ SALA DE AULA ☐ OUTROS QUAL?
HORÁRIO DO ACIDENTE: <u>15H20</u>		
LOCAL ONDE OCORREU: <u>CARÇA.</u>		
DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS: <u>Em deslocamento, torceu o joelho</u>		
PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE:		
NOME: <u>Amigos/monitoria</u>		TELEFONE:
NOME:		TELEFONE:
QUEM PRESTOU PRIMEIROS SOCORROS?		
DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:		
NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:		
CONSIDERAÇÕES FINAIS (PARA USO EXCLUSIVO DA CAC):		

Prof. Rhoadi Nemitz
Coordenador Disciplinar

NOS CASOS EM QUE HOUVER A NECESSIDADE DE EXAMES DE IMAGEM DE BAIXO CUSTO, OS MESMOS JÁ ESTÃO AUTORIZADOS.

(ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DO ATENDIMENTO)

Alameda Julia da Costa, 1447 / Bigorilho / Curitiba / Paraná / 80730-070 / Fone: (41) 9681-9576

am.cac@adventistas.org.br / www.clinicaadventista.com.br

[Handwritten signature]

Centro de Imagem
Radiologia Geral

Prontuário:	602649	Pedido:	1164734	Atend:	3668591
Paciente:	NICKOLE GAIOVIS GONCALVES				
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA	Médico Solicitante:	JOILTON BONIFACIO DE SOUZA		
Dt Pedido:	27/04/2022 14:06:00	Dt Imagem:	27/04/2022 13:45:00	Dt Laudo:	28/04/2022 14:15:27

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea 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