

Atendimento: 4103480 - NICOLAS SANTOS ARAUJO Lote: 2260822 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Paciente....: NICOLAS SANTOS ARAUJO  
Convênio....: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Plano.....: EMPRESARIAL  
Medico/CRM.: DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA / 45979  
Guia.....: 12710 Validade.:  
Carteira....: 12710 Validade.: 31/12/2023 Titular.: NICOLAS SANTOS ARAUJO  
Biometria...:  
CID.....: T000  
Código RAT.:  
Endereço...: RUA IRMA FLAVIA BORLET 833 BOQUEIRAO CURITIBA PR  
Fone.....:  
Entrada....: 11/08/2023 15:14 Saída: 11/08/2023 17:58

Data de Nasc.: 31/05/2018



2260822

### Resumo da Conta

| Grupo de Procedimento / Setor       | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme | Total           |
|-------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-----------------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>         |           |       |          |       | <b>144,94</b>   |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 144,94    |       |          |       | 144,94          |
| <b>MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO</b> |           |       |          |       | <b>5,65</b>     |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 5,65      |       |          |       | 5,65            |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>         |           |       |          |       | <b>0,60</b>     |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 0,60      |       |          |       | 0,60            |
| <b>MATERIAIS SIMPRO</b>             |           |       |          |       | <b>1.581,12</b> |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 1.581,12  |       |          |       | 1.581,12        |
| <b>Total da Conta: R\$</b>          |           |       |          |       | <b>1.732,31</b> |

#### TAXAS DE USO DE SALA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                              | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 60023082 TAXA DE SALA PEQUENOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAL | UN          | 1    | 144,94      | 144,94   |
| Total do Setor:                                           |             |      |             | 144,94   |
| Total de TAXAS DE USO DE SALA:                            |             |      |             | 144,94   |

#### MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                  | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000012002 CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML. | AMP         | 5    | 1,13        | 5,65     |
| Total do Setor:                               |             |      |             | 5,65     |
| Total de MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO:        |             |      |             | 5,65     |

#### MATERIAIS BRASINDICE

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                             | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|----------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000045692 FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER | CM          | 20   | 0,03        | 0,60     |
| Total do Setor:                                          |             |      |             | 0,60     |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                           |             |      |             | 0,60     |

#### MATERIAIS SIMPRO

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                          | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000277143 HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                             | UN          | 1    | 1.563,10    | 1.563,10 |
| 0000018481 COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAO | UN          | 13   | 1,09        | 14,17    |
| 0005195017 LUVA CIRURGICA ESTERIL 6,5 PAR                             | PAR         | 1    | 3,85        | 3,85     |
| Total do Setor:                                                       |             |      |             | 1.581,12 |
| Total de MATERIAIS SIMPRO:                                            |             |      |             | 1.581,12 |

### Prestadores Credenciados

#### CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv. | Unid./Ativ. | HE | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|----------------------------------------------|-------------|----|------|-------------|----------|
| 11/08/2023 | 10101039 Consulta em pronto socorro          | UN          | N  | 1    | 158,00      | 158,00   |

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO



Atendimento: 4103480 - NICOLAS SANTOS ARAUJO Lote: 2260822 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

|                               |       |             |    |         |                                            |        |
|-------------------------------|-------|-------------|----|---------|--------------------------------------------|--------|
| DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA | 45979 | 07995963459 | 59 | CLINICO |                                            |        |
|                               |       |             |    |         | Total do Setor:                            | 158,00 |
|                               |       |             |    |         | Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: | 158,00 |

**CIRURGIA PLASTICA**

**Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS**

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv.                    | Unid./Ativ. | HE | %Proc.  | Qtde                                        | VI Unitario | VI Total |
|------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|----|---------|---------------------------------------------|-------------|----------|
| 11/08/2023 | 30101794 Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento | ATO         | N  | 100.00% | 1                                           | 98,98       | 98,98    |
|            | DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA 45979                             | 07995963459 | 59 |         |                                             |             |          |
|            |                                                                 |             |    |         | CLINICO                                     |             |          |
|            |                                                                 |             |    |         | Total do Setor:                             |             | 98,98    |
|            |                                                                 |             |    |         | Total de CIRURGIA PLASTICA:                 |             | 98,98    |
|            |                                                                 |             |    |         | Total Credenciados:                         |             | 256,98   |
|            |                                                                 |             |    |         | Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: |             | 1.989,29 |

|                                                          |  |                                                              |  |
|----------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                                         |  | 3 - Número da Guia Principal                                 |  |
| 000000                                                   |  |                                                              |  |
| 4 - Data da Autorização                                  |  | 5 - Senha                                                    |  |
| 15/08/2023                                               |  | 12710                                                        |  |
| 6 - Data Validade da Senha                               |  | 7 - Número da Guia atribuído pelo Operadora                  |  |
|                                                          |  | 12710                                                        |  |
| Dados do Beneficiário                                    |  |                                                              |  |
| 8 - Número da Carteira                                   |  | 9 - Validade da Carteira                                     |  |
| 12710                                                    |  | 31/12/2023                                                   |  |
| 10 - Nome                                                |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                                |  |
| NICOLAS SANTOS ARAUJO                                    |  |                                                              |  |
| 12 - Atendimento a RN                                    |  |                                                              |  |
| N                                                        |  |                                                              |  |
| Dados do Solicitante                                     |  |                                                              |  |
| 13 - Código na Operadora                                 |  | 14 - Nome do Contratado                                      |  |
| 76591569000130                                           |  | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante                    |  | 16 - Conselho Profissional                                   |  |
| DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA                            |  | 6                                                            |  |
| 17 - Número no Conselho                                  |  | 18 - UF                                                      |  |
| 45979                                                    |  | 41                                                           |  |
| 19 - Código CBO                                          |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                  |  |
| 225230                                                   |  |                                                              |  |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados |  |                                                              |  |
| 21 - Caracter Atendimento                                |  | 22 - Data da Solicitação                                     |  |
| 2                                                        |  | 15/08/2023                                                   |  |
| 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                                 |  | 30 - Nome do Contratado                                      |  |
| 76591569000130                                           |  | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |
| 31 - Código CNES                                         |  |                                                              |  |
| 15563                                                    |  |                                                              |  |
| Dados do Atendimento                                     |  |                                                              |  |
| 32 - Tipo Atendimento                                    |  | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)  |  |
| 04                                                       |  | 9                                                            |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                    |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |
| 1                                                        |  |                                                              |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados    |  |                                                              |  |
| 36 - Data                                                |  | 37 - Hora Inicial/38 - Hora Final                            |  |
|                                                          |  |                                                              |  |
| 39 - Tabela                                              |  | 40 - Procedimento                                            |  |
|                                                          |  |                                                              |  |
| 41 - Descrição                                           |  |                                                              |  |
|                                                          |  |                                                              |  |
| 42 - Qtd                                                 |  | 43 - Vfa                                                     |  |
|                                                          |  |                                                              |  |
| 44 - Tec                                                 |  | 45 - Fator Red/Acreso                                        |  |
|                                                          |  |                                                              |  |
| 46 - Valor Unitário (R\$)                                |  | 47 - Valor Total (R\$)                                       |  |
|                                                          |  |                                                              |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)       |  |                                                              |  |
| 48 - Step/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 Série        |  |                                                              |  |
| 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável           |  |                                                              |  |
| 1- / /                                                   |  | 3- / /                                                       |  |
| 2- / /                                                   |  | 4- / /                                                       |  |
|                                                          |  | 5- / /                                                       |  |
|                                                          |  | 6- / /                                                       |  |
|                                                          |  | 7- / /                                                       |  |
|                                                          |  | 8- / /                                                       |  |
|                                                          |  | 9- / /                                                       |  |
|                                                          |  | 10- / /                                                      |  |
| 58 - Observações / Justificativa                         |  |                                                              |  |
|                                                          |  |                                                              |  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                           |  | 60 - Total Taxas e Anuidade (R\$)                            |  |
| 0.00                                                     |  | 144.94                                                       |  |
| 61 - Total Materiais (R\$)                               |  | 62 - Total de CPME (R\$)                                     |  |
| 1581.72                                                  |  | 0.00                                                         |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)                         |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)                         |  |
| 5.65                                                     |  | 0.00                                                         |  |
| 65 - Total Geral (R\$)                                   |  | 66 - Assinatura do Contratado                                |  |
| 1732.31                                                  |  |                                                              |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável           |  |                                                              |  |
|                                                          |  |                                                              |  |

CAROLINE.

Data/Hora: 21/08/2023 13:23:42

Contat/Lote: 2260822

Atendimento: 4103480

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2260822

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS  
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Clinica Adventista  
de Curitiba

|                               |                                          |
|-------------------------------|------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS ..<br>000000 | 2 - Número da Guia Referenciada<br>12710 |
|-------------------------------|------------------------------------------|

|                                           |                                                                                        |                          |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Executante            |                                                                                        | 5 - Código CNES<br>15563 |
| 3 - Código na Operadora<br>76591569000130 | 4 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                          |

| Despesas Realizadas                                                                      |            |                |              |             |                     |  |  |  |  |  | 12 - Qtde. | 13 - Unidade de Medida | 14 - Fator Red. / Acresc. | 15-Valor Unitário-R\$ | 16-Valor Total-R\$ |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|--------------|-------------|---------------------|--|--|--|--|--|------------|------------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------|
| 6 - CD                                                                                   | 7 - Data   | 8 - Hr.Inicial | 9 - Hr.Final | 10 - Tabela | 11 - Código do Item |  |  |  |  |  |            |                        |                           |                       |                    |
| 17 - Registro ANVISA do Material                                                         |            |                |              |             |                     |  |  |  |  |  |            |                        |                           |                       |                    |
| 18 - Referência do material no fabricante                                                |            |                |              |             |                     |  |  |  |  |  |            |                        |                           |                       |                    |
| 1 - 02                                                                                   | 11/08/2023 | 15:14:40       | 15:14:40     | 00          | 0000012002          |  |  |  |  |  | 5          | 001                    | 1.00                      | 1.13                  | 5.65               |
| 20 - Descrição: CLORETO DE SODIO 0.9% AMPOLA 10ML.                                       |            |                |              |             |                     |  |  |  |  |  |            |                        |                           |                       |                    |
| 2 - 03                                                                                   | 11/08/2023 | 15:14:40       | 15:14:40     | 00          | 0000045692          |  |  |  |  |  | 20         | 038                    | 1.00                      | 0.03                  | 0.60               |
| 20 - Descrição: FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER                            |            |                |              |             |                     |  |  |  |  |  |            |                        |                           |                       |                    |
| 3 - 03                                                                                   | 11/08/2023 | 15:14:40       | 15:14:40     | 00          | 0000018481          |  |  |  |  |  | 13         | 036                    | 1.00                      | 1.09                  | 14.17              |
| 20 - Descrição: COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAIO GAMA 166.460 |            |                |              |             |                     |  |  |  |  |  |            |                        |                           |                       |                    |
| 4 - 03                                                                                   | 11/08/2023 | 17:56:00       | 17:56:00     | 00          | 0000277143          |  |  |  |  |  | 1          | 036                    | 1.00                      | 1563.10               | 1563.10            |
| 20 - Descrição: HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                                           |            |                |              |             |                     |  |  |  |  |  |            |                        |                           |                       |                    |
| 5 - 03                                                                                   | 11/08/2023 | 15:14:40       | 15:14:40     | 00          | 0005195017          |  |  |  |  |  | 1          | 048                    | 1.00                      | 3.85                  | 3.85               |
| 20 - Descrição: LUVA CIRURGICA ESTERIL 6,5 PAR                                           |            |                |              |             |                     |  |  |  |  |  |            |                        |                           |                       |                    |
| 6 - 07                                                                                   | 11/08/2023 | 15:14:40       | 15:14:40     | 18          | 60023082            |  |  |  |  |  | 1          | 036                    | 1.00                      | 144.94                | 144.94             |
| 20 - Descrição: TAXA DE SALA PEQUENOS PROCEDIMENTOSAMBULATORIAL                          |            |                |              |             |                     |  |  |  |  |  |            |                        |                           |                       |                    |

|                                         |                                        |                                        |                                |                                           |                                   |                                 |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 21 - Total Gases Medicinais R\$<br>0.00 | 22 - Total de Medicamentos R\$<br>5.65 | 23 - Total de Materiais R\$<br>1581.72 | 24 - Total de OPME R\$<br>0.00 | 25 - Total Taxas e Aluguéis R\$<br>144.94 | 26 - Total de Diárias R\$<br>0.00 | 27 - Total Geral R\$<br>1732.31 |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

1 - Registro ANS 000000  
3 - Número da Guia Principal 4103480000000  
4 - Data de Autorização  
5 - Sanha

6 - Data Validade da Sanha  
7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira 12710  
9 - Validade da Carteira 31/12/2023  
10 - Nome NICOLAS SANTOS ARAUJO  
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 DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA  
16 - Conselho Profissional 6  
17 - Número no Conselho 45979  
18 - UF 41  
19 - Código CBO 225230  
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados  
21 - Carteira Atendim. 2  
22 - Data da Solicitação 11/08/2023  
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 59  
30 - Nome do Contratado DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA  
31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento  
32 - Tipo Atendimento 04  
33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9  
34 - Tipo de Consulta 1  
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 - Cite 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red Jacisc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)  
1 11/08/2023 15:14:40 15:14:40 22 10101039 Consulta em pronto socorro 001

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

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de CPME (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

1/1

1 - Registro ANS 000000  
3 - Número da Guia Principal 4103480000000

4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data Validada da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário  
8 - Número da Carteira 12710 9 - Validade da Carteira 31/12/2023 10 - Nome NICOLAS SANTOS ARAUJO 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 DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 45979 18 - UF 41 19 - Código CBO 225230 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados  
21 - Caracter. Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 11/08/2023 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 59 30 - Nome do Contratado DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA 31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento  
32 - Tipo Atendimento 04 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 1 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados  
36 - Data 11/08/2023 37 - Hora Inicial 15:14:40 38 - Hora Final 15:14:40 39 - Tabela 22 40 - Procedimento 10101039 41 - Descrição Consulta em pronto socorro 42 - Qlde 001 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(e) 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 Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de OPRM (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

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nicolas Santos Araújo

Nº da Carteirinha: 3.7.8787

Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 31/05/2018

Nº da Guia: 12710



| Data da Ocorrência | Horário  | Local     | Atividade                                 |
|--------------------|----------|-----------|-------------------------------------------|
| 11/08/2023         | 14:17:00 | Auditório | Descida do palco, o aluno tropeçou e caiu |

## O que aconteceu

queda com corte na região da testa

## Partes do corpo

Cabeça

## Descrição

O aluno tropeçou ao descer do palco, caiu e bateu a cabeça numa cadeira. Bateu numa quina e com isso houve um corte na região superior da testa, com sangramento que foi estancado.

## Testemunha da ocorrência

Teacher Ricardo

## Telefone

(41) 3051-8550

## Quem prestou primeiros socorros

Adriana Henemann

## Data

11/08/2023

| Local de atendimento      | Endereço                | Nº       | Bairro                       | Telefone                         |
|---------------------------|-------------------------|----------|------------------------------|----------------------------------|
| Hospital Pequeno Príncipe | Rua Desembargador Motta | 107<br>0 | Água Verde, Curitiba<br>- PR | (41) 3310-1000<br>(41) 3310-1326 |

## Observações

O aluno foi atendido inicialmente pelo professor, e na sequência pela orientadora.

Ass.:

  
Adriana Henemann de Almeida

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)