



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

2 - Nº Guia no Prestador 3837348000000

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2117828

9 - Validade da Carteira

30/12/2023

10 - Nome

GABRIEL MANN DE QUEIROZ

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

Natalia S. Della Motta
CRM-PR 48.130

21 - Cartão Atendim.

22 - Data da Solicitação

18/10/2022

23 - Indicação Clínica

Presença de febre com tosse e vômito de 10 dias

27 - QLSolic.

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

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 - Qlde

43 - Via

44 - Tec

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

Natalia S. Della Motta
CRM-PR 48.130

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Anuidades (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

TIAGO.RIBEIRO Data/Hora: 28/12/2022 15:50:25

Contat/Lote: 2112685

Atendimento: 3837348

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2112685

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: GABRIEL MANN DE QUEIROZ
Data Nasc: 22/12/2015
Nome Mãe: PRISCILA MANN FILUS DE OLIVEIRA
Endereço: RUA DURVAL DE MORAIS
Cidade: CURITIBA
Responsável:

Nome Pai: ADONIAS BATISTA DE Q
Número: 541
Bairro: JARDIM DAS AMERICAS
Telefone:

Idade: 7 Anos 0 Mês 6 Dias
CNS do Paciente:
Complemento: CASA 05
CEP: 81530460
Grau de Parentesco:
Sexo: MASCULIN
UF: PR

CODIGO 00520821

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): NATALIA SASAKI DELLA MOTTA
Data/Hora: 18/10/2022 - 15:39
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

CRM: 48130

Plano: EMPRESARIAL

Unid. Internação:
Leito:
Matrícula: 2117828

CODIGO 03837348

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

CIPE

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE APÓS TER BATIDO O ROSTO EM MÓVEL 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 ACIMA DE LABIO SUPERIOR A DIREITA

Diagnóstico

TRAUMA LEVE

Tratamento/Conduta

LIMPEZA E SUTURA COM 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

Natália S. Della Motta
Médica
CRM-PR 48.130

Paciente 00520821

Atendimento 03837348

Documento C468-V1882

1 - Registro ANS 000000

4 - Data da Autorização 27/10/2022

5 - Senha 8743

6 - Data Validade da Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 8743

9 - Validade da Carteira 30/12/2022

10 - Nome ERICK JUAN MOTA MACIEL

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 RHENAN FREITAS CORADI

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 46181

18 - UF 41

19 - Código CBO 225230

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cadêter Atendim. 2

22 - Data da Solicitação 27/10/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - QLSolic.

28 - QLAutoriz.

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)

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 - Cide

43 - Via

44 - Tec

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

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 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

TIAGO RIBEIRO Data/Hora: 28/12/2022 15:49:27

Contat/Lote: 2117734

Atendimento: 3846674

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2117734

1 / 1

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: ERICK JUAN MOTA MACIEL
Data Nasc: 31/08/2004
Nome Mãe: ELIZANDRA GISLEINE MOTA
Endereço: RUA SAO FRANCISCO XAVIER
Cidade: CURITIBA
Responsável: JOAO BATISTA MOTA

Nome Pai: ADRIANO DOS SANTOS M
Número: 85
Bairro: PILARZINHO
Telefone: 998950604

Idade: 18 Anos 3 Meses 28 Dias Sexo: MASCULIN
CNS do Paciente:
Complemento: CASA
CEP: 82100610
Grau de Parentesco: AVO (A) UF: PR

CODIGO 00092092

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): RHENAN FREITAS CORADI
Data/Hora: 27/10/2022 - 11:20
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

CRM: 46181

Plano: EMPRESARIAL

Unid. Internação:
Leito:
Matrícula: 8743

CODIGO 03846674

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

PACIENTE DESACOMPANHADO, COM 18 ANOS, DA ENTRADA NO PS APÓS TRAUMA LEVE NA ESCOLA COM CORTE NA FACE.

Exame Físico

BEG, CORADO, HIDRATADO
EUPNEICO

CORTE (CC) EM HEMIFACE ESQUERDA DE 01 CM SECUNDÁRIO A IMPACTO CONTRA O DENTRO DO COLEGA

Diagnóstico

TRAUMA LEVE

Tratamento/Conduta

SUTURA COM COLA CIRURGICA
ORIENTAÇÕES
ATB E SINTOMÁTICOS



Medico(a): RHENAN FREITAS CORADI
CRM: 46181

Paciente 00092092

Atendimento 03846674

Documento C468-V1882