

Capa do Lote Sintética

Clínica: ND NUCLEO DIAGNOSTICO - MGA

CNPJ: 84.781.632/0001-20

Nº Lote: 19

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Período: 10/02/2025 a 31/03/2025

Protocolo

Recebimento

Vencimento: 20/05/2025

Data Envio: 02/04/2025

Nº Nota:

Data Nota:

Nº	Data	Matrícula	Nome Paciente	Cód	Guia	Senha	Valor
1	14/03/2025	2115922	GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO	41101316	25179	25179	787,68
2	19/02/2025	378073	GUSTAVO HENRIQUE OLIVEIRA AMARAL	41101316	24183002	24183002	787,68
3	24/02/2025	3381037	PIETRO AGRELA CAMPOS	41101316	24389001	24389001	787,68

Total Página 2363,04

Total Lote 2363,04

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gabriel Teixeira Ribeiro
Nº da Carteirinha: 2.11.5922
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro

Data de Nascimento: 04/02/2008

Nº da Guia: 25179

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/03/2025	08:48:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Torção

Joelho Esquerdo

Descrição

o aluno estava em atividade na educação física, ao levantar ele sentiu um estralo no joelho esquerdo, sentindo dor imediatamente.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Marcelo

(41) 3225-1920

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

CLINICA DE RESSONÂNCIA
MARINGA LTDA

RUA XV DE NOVEMBRO

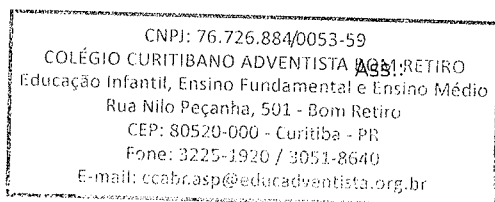
222
3

ALTO DA RUA XV

(41) 3363-8828

Observações

12/03/2025 - O aluno estava em atividade na educação física, ao levantar ele sentiu um estralo no joelho esquerdo, sentindo dor imediatamente. O aluno foi atendimento pelo professor as onde foi encaminhando para o ambulatório. Foi colocado gelo no local e feito contato com a família para o encaminhamento para o hospital da Alto XV. 14/03/2025 - O médico solicitou que faça uma ressonância do joelho esquerdo na Clinica Maringá, conforme guia em anexo.



Rosemeri Alves da Paixão
Rosemeri Alves da Paixão

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: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

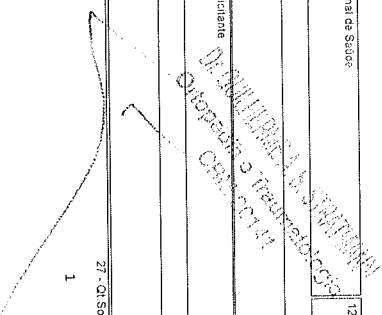
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

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

2 - Nº Guia no Prestador 354321321313

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS		3 - Nº Guia Principal	
0			
4 - Data de Autuação		5 - Senha	
6 - Data Validade da Sessão		7 - Número da Guia Arquivado pelo Operador	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	
2115922	22/02/2026	GABRIEL TEIXEIRA RIBEIRO	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
12 - Atendimento a RH			
N			
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado		
76530518000107	HOSPITAL XV LTDA		
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF
GUILHERME ANTONIO SILVA STRATMANN	06	20141	41
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
225270			
21 - Data da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
12/03/2025		TRAUMA TORCIOAL NO JOELHO E HOJE	
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt Solic	28 - Qt Autoriz
1 22 41101316	RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)	1	0
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado		
	HOSPITAL XV LTDA		
31 - Código CNES			
3005585			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo 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 - Hr Inicial	38 - Hr Final	39 - Tabela
40 - Código do Procedimento	41 - Descrição		
42 - Cide	43 - Via	44 - Tec	45 - % Red / Acresc
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)		
Identificação dos Profissionais Executores			
48 - G. Prof	49 - Código na Superintendência	50 - Nome do Profissional	51 - Assinatura do Profissional
52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
56 - Data de Realização do Atendimento com Sessão			
57 - Assinatura do Profissional			

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Gustavo Henrique Oliveira Amaral
Nº da Carteira: 3.7.8073
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão

Data de Nascimento: 14/02/2009

Nº da Guia: 24183.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
14/02/2025	17:06:14	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno veio a sala de apoio, pois estava no intervalo jogando bola quando caiu de mal jeito torcendo o joelho esquerdo, foi aplicado gelo na área afetada.

Testemunha da ocorrência

Gustavo

Telefone

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Souza

Data

12/02/2025

Local de atendimento

CLINICA DE RESSONÂNCIA
MARINGA LTDA

Endereço

RUA XV DE NOVEMBRO

Nº

222
3

Bairro

ALTO DA RUA XV

Telefone

(41) 3363-8828

Motivo do Retorno

O aluno precisa fazer uma ressonância

Ass.:

Kelly souza de sant'ana

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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000001	3 - Número da Guia Principal	FICHA 351223	
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário		12 - Atendimento a RM [N]	
8 - Número da Carteira 00	9 - Validade da Carteira _/_/___	10 - Nome GUSTAVO HENRIQUE OLIVEIRA AMARAL	89 - Nome Social

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado	
13 - Código na Operadora 775/6668000160			
15 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE ENRICH ZANETTI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 20957	18 - UF PR
		19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica S 83,6 - ENTORSE DO JOELHO COM SUSPEITA DE LESÃO LIGAMENTAR AGUDA (COLATERAL MED) ?	27 - Qtd. Solic. 001	28 - Qtd. Aut.
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento 0041101316	26 - Descrição RNM - ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO) /		
2				
3				
4				
5				

Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES	
29 - Código na Operadora			
30 - Nome do Contratado			

Dados do Atendimento		92 - Saúde Ocupacional	
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (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 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1			2								
2			2								
3			2								
4			2								
5			2								

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código na Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional						

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1

58 - Observação / Justificativa
OBS. JOELHO ESQUERDO

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

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Lote 19



Aluno: Pietro Agrela Campos
Nº da Carteira: 3.38.1037
Instituição: Colégio Adventista Araucária

Data de Nascimento: 11/09/2010

Nº da Guia: 24389.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
19/02/2025	18:12:45	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava fazendo educação física, o tênis travou no chão, flexionando o joelho para trás, o aluno está com muita dor no joelho.

Testemunha da ocorrência

Cleverson Turibio

Telefone

4130358700

Local de atendimento

CLINICA DE RESSONÂNCIA
MARINGA LTDA

Endereço

RUA XV DE NOVEMBRO

Nº Bairro

222
3

ALTO DA RUA XV

Telefone

(41) 3363-8828

Motivo do Retorno

solicitação medica - 0041101316 - RNM articular

Ass.:

CLEVERSON DA SILVA TURIBIO

C. N. P. J.
76.726.884/0042-04
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO
RUA SÃO VICENTE DE PAULO, 465
CENTRO - CEP 83.702-050
ARAUCÁRIA-PARANÁ

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: g.p./relatorios.unb.org.br/ama (para prestadores) ou E-mail: 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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS
000001

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

FICHA 202576

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 0

9 - Validade da Carteira ____/____/____

10 - Nome PIETRO AGRELA CAMPOS

11 - Nome Social

12 - Atendimento a RN [N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 7757668000160

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante RENATO DANILLO PECCIN JUNIOR

16 - Conselho Profissional 06

17 - Número no Conselho 31272

18 - UF PR

19 - Código CBO 060

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 1

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição RNM - ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)

27 - Qtd. Solic 001

28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de Atendimento

92 - Saúde Ocupacional

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 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

1 2 3 4 5

2 a

3 a

4 a

5 a

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

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

2 1 1 1 1 1 1 1 1 1

58 - Observação / Justificativa (leio esquerdo - lesão ligamentar?)

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPIHE (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Assinatura do Beneficiário ou Responsável