

Agrupamento: 2 - CONTAS AMBULATORIAIS - P. S Tipo de Agrupamento: CONTA AMBULATORIAL

Remessa: 227983 Competência: 12/2024
Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Entrega:



Nota Fiscal:

Período

Início	Término	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
07/11/2024	07/11/2024	13430872		2485998	4508496 ANA LUIZA GOMES	2782372	73,28
07/11/2024	07/11/2024	22945		22945 2485865	4508179 VALENTIN FRANCO DA SILVA	278676	148,78

Total : 2 222,06
Total Geral : 2 222,06

1 - Registro ANS 000000

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Alinhado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2782372

9 - Validade da Carteira

30/11/2024

10 - Nome

ANA LUIZA GOMES

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

MARSAL MITSUO HARUNO DE VILHENA

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

51550

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Carteira Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

07/11/2024

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 CINES

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

1

37 - Hora Inicial

13:54:00

38 - Hora Final

13:54:00

39 - Tabela

22

40 - Procedimento

40803120

41 - Descrição

RX - Mão ou quirodactilo

42 - QI de

001

43 - Via

1.00

44 - Tec.

73.28

45 - Fator Red./Acresc.

73.28

46 - Valor Utilizado (R\$)

73.28

47 - Valor Total (R\$)

73.28

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

48 - Seq. Rat.

49 - Grau Prof.

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\$)

73.28

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 do Casos Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

73.28

56 - Assinatura do Responsável pela Autorização

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Contratado

TALITA.

Data/Hora: 21/11/2024 10:27:09

Contat.Cole: 2485998

Atendimento: 4508496

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2485998

1/1



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

2 - Nº Guia no Prestador 13391137

1 - Registro ANS 000000
5 - Número da Guia Principal 13391136

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

8 - Número da Carteira 2782372
9 - Validade da Carteira 30/11/2024
10 - Nome ANA LUIZA GOMES
11 - Cartão Nacional da 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 LUCIO RICIERI PEROTTI
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 27706
18 - UF 41
19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
21 - Cartão Atendim. 2
22 - Data da Solicitação 07/11/2024
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - Código de Referência
28 - Ql. Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59
30 - Nome do Contratado LUCIO RICIERI PEROTTI
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 07/11/2024
37 - Hora Inicial 12:44:43
38 - Hora Final 12:44:43
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(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Senha 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 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
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 Médicos (R\$)
65 - Total Geral (R\$)

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

ROSELI. Data/Hora: 07/11/2024 12:44:58
Conta/Lote: 2485998
Atendimento: 4508496
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
2485998
1 / 1

1 - Registro ANS 0		5 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2782372		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome ANA LUIZA GOMES		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 59		14 - Nome do Contratado MARSAL MITSUO HARUNO DE VILHENA	
Dados do Profissional Solicitante			
15 - Nome do Profissional Solicitante MARSAL MITSUO HARUNO DE VILHENA		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 51550		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante  M. H. de Vilhena CRM 51.320	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caracter. Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 07/11/2024	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento 40803120	26 - Descrição RX - Mão ou quadrado	27 - Qtd. Solc. 1
28 - Qtd. Aut.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada)	
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 - Fati 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 - Cons. 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 OPIE (R\$)			
63 - Total de Medicamentos (R\$)			
64 - Total de Gases Médicos (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 07/11/2024 13:54:42

Atendimento: 4508496 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4508496



Prescrição.: 6979308 Data Prescrição: 07/11/2024 13:52
Setor Solic: EMERGÊNCIA CONVÊNIOS NR Carteira: 2782372
Atendimento: 4508496 Validade:
Paciente....: 694487 - ANA LUIZA GOMES Nasc: 15/10/2013 11a 0m 23d
Origem Atd.: EMERGENCIA CONVENIOS Classificação de Risco: N URG
Convênio....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Serviço: ORTOP. E TRAUMATOLOGIA PEDIAT.
Prestador...: 51550 MARSAL MITSUO HARUNO DE VILHENA
Acomodação.: Leito:
Unid Intern:
Cid.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA Usuário: MARSAL.VILHENA

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado

Para: RADIOLOGIA

Prescrição:



Exames:	Qtd.	Pedido	Data Coleta	Material	Loc. Anatômico	Accession Number	Cod. Fatur.
RADIOGRAFIA DE MAO OU QUIRODACTILOS	1	 1500915	07/11/2024 13:52			 1958105 AT	32030126

Observação: 4 DEDO MAO DIREITA AP+P+OBL

Dr. Marsal M. H. de Vilhena
Medico
CRM 51.550

MARSAL MITSUO HARUNO DE VILHENA
CRM 51550

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Luiza Gomes
Nº da Carteira: 2.78.2372
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 15/10/2013

Nº da Guia: 22958

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/11/2024	10:12:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição
A aluna estava em Educação Física, foi receber a bola com as mãos, deixou os dedos firmes, luxou. Ela está firme, mas sente dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Paloma	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Murilo	07/11/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações
A mãe foi avisada, estão providenciando a retirada dela hoje. esta guia permite a entrada médica no hospital acima citado. Ela recebeu gelo no local atingido.

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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

Prontuário: 694487
Paciente: **Ana Luiza Gomes**
Convênio: CLINICA
ADVENTISTA DE CURITIBA
EMPRESARIAL
Dt Pedido: 07/11/2024

Pedido: 1958105

Atend: 4508496

Médico Solicitante: Marsal Mitsuo Haruno De Vilhena

Dt Imagem: 07/11/2024

Dt Laudo: 12/11/2024 15:04:56

RADIOGRAFIA DE 4 ° QUIRODÁCTILO DA MÃO DIREITA

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.



Dr. Marco Antonio Nicolodelli
CRM/PR: 14.702

1 - Registro ANS 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 07/11/2024

5 - Sanha 22945

6 - Data de Validade da Sanha

7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora 22945

8 - Número da Carteira 278676

9 - Validade da Carteira 30/11/2024

10 - Nome VALENTIN FRANCO DA SILVA

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 MARSAL MITSUO HARUNO DE VILHENA

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 51550

18 - UF 41

19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 07/11/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição

27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 76591569000130

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

31 - Código CINES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 04

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

34 - Tipo de Consulta 1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

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 / Cresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

32 - Tipo de Atendimento 04

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

34 - Tipo de Consulta 1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

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 / Cresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

1	07/11/2024	10:11:00	10:11:00	22	40803090	RX - Colôvulo	001	1.00	73.28	73.28
2	07/11/2024	10:11:00	10:11:00	22	40803104	RX - Antebraço	001	1.00	75.50	75.50

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 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 148.78

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00

61 - Total de Materiais (R\$) 0.00

62 - Total de OPME (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00

64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00

65 - Total Geral (R\$) 148.78

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/SDT

2 - Nº Guia no Prestador 22945

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 22945	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22945
4 - Data de Autorização 07/11/2024	5 - Senha 22945	10 - Nome VALENTIN FRANCO DA SILVA	11 - Cartão Nacional de Saúde 898003219303155

8 - Número da Carteira 278676	9 - Validade da Carteira 30/11/2024	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 LUCIO RICIERI PEROTTI	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 27706	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados	21 - Cardier Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 07/11/2024	23 - Indicação Clínica
--	----------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	28 - QI Autoriz.
--	------------------

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado LUCIO RICIERI PEROTTI	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 07/11/2024	37 - Hora Inicial 09:34:29	38 - Hora Final 09:34:29	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição Consulta em pronto socorro	42 - Qtd 001	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- / /
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

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 Médicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	------------------------

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

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 22945

4 - Data da Autorização 07/11/2024
5 - Senha 22945

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira 278676
9 - Validade da Carteira 30/11/2024

6 - Data Validade da Senha
7 - Número da Guia Anbuldo pela Operadora 22945
10 - Nome VALENTIN FRANCO DA SILVA

11 - Cartão Nacional de Saúde 898003219303155
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 LUCIO RICIERI PEROTTI
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 27706
18 - UF 41
19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
21 - Carteira Atendim. 2
22 - Data da Solicitação 07/11/2024
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59
30 - Nome do Contratado LUCIO RICIERI PEROTTI

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 - Qtd	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 07/11/2024	09:34:29	09:34:29	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001					

39 - Hora Total não pagada - 01

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

48 - Seq. Rel.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CNP	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do 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 Médicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

ALISSON. Data/Hora: 07/11/2024 09:35:48

Contat/Lote: 2485865

Atendimento: 4508179

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2485865

Dr. Lucio Ricieri Perotti
Médico
CRM-PR 27706

Dr. Lucio Ricieri Perotti
Médico
CRM-PR 27706

1 - Registro ANS 0		5 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
8 - Número da Carteira 278676		9 - Validade da Carteira	
8 - Nome do Beneficiário VALENTIN FRANCO DA SILVA		10 - Nome	
11 - Cartão Nacional de Saúde 898003219303165		12 - Atendimento a RN N	
13 - Código na Operadora 59		14 - Nome do Contratado MARSAL MITSUO HARUNO DE VILHENA	
15 - Nome do Profissional Solicitante MARSAL MITSUO HARUNO DE VILHENA		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 51550		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. MARSAL MITSUO HARUNO DE VILHENA	
21 - Cartão Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 07/11/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qlde. Solic. 28 - Qlde. Aut.	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
31 - Código CNES 15563		32 - Tipo Atendimento	
33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data	
37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	
39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Qlde.	
43 - Via		44 - Tec.	
45 - Real Redu/Acresc		46 - Valor Unitário(R\$)	
47 - Valor Total(R\$)		48 - Seq Ref.	
49 - Grau Part.		50 - Código na operadora/CPF	
51 - Nome do Profissional		52 - Cons 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 - Observações / Justificativa	
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de OPIE (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gastos Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Prescrição.: 6978557 Data Prescrição: 07/11/2024 10:11
Setor Solic: EMERGÊNCIA CONVÊNIOS NR Carteira: 278676
Atendimento: 4508179 Validade:
Paciente...: 148092 - VALENTIN FRANCO DA SILVA Nasc: 22/09/2011 13a 1m 16d
Origem Atd.: EMERGENCIA CONVENIOS Classificação de Risco:
Convênio...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Serviço: ORTOP. E TRAUMATOLOGIA PEDIAT.
Prestador...: 51550 MARSAL MITSUO HARUNO DE VILHENA
Acomodação.: Leito:
Unid Intern:
Cid.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO Usuário: MARSAL.VILHENA

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado

Para: RADIOLOGIA

Prescrição:



Exames:	Qtd.	Pedido	Data Coleta	Material	Loc. Anatômico	Accession Number	Cod. Fatur.
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	1	 1500765	07/11/2024 10:11			 1957873	32030100 AT
		Observação: ANTEBRAÇO DIREITO AP+P					
RADIOGRAFIA DE COTOVELO	1	 1500765	07/11/2024 10:11			 1957874	32030096 AT
		Observação: RX COTOVELO DIREITO AP+P+GREENSPAN					

Dr. Marsal M. H. de Vilhena
Medico
CRM 51550

MARSAL MITSUO HARUNO DE VILHENA
CRM 51550

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valentin Franco da Silva
Nº da Carteirinha: 2.78.676
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 22/09/2011

Nº da Guia: 22945

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/11/2024	07:46:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Antebraço Direito

Descrição
O aluno estava em Educação Física, quando um colega caiu em cima dele, machucou o antebraço direito. Não chorou, mas sentiu a dor. Ele tem treze anos.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Felipe	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Coordenador Ingo	07/11/2024

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

Observações
A mãe foi informada. O aluno recebeu uma pomada contra hematomas. Esta guia permite a entrada médica no hospital acim acitado.

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valentin Franco da Silva
Nº da Carteira: 2.78.676
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 22/09/2011

Nº da Guia: 22945

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/11/2024	07:46:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Antebraço Direito

Descrição

O aluno estava em Educação Física, quando um colega caiu em cima dele, machucou o antebraço direito. Não chorou, mas sentiu a dor. Ele tem treze anos.

Testemunha da ocorrência

Professor Felipe

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Coordenador Ingo

Data

07/11/2024

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde,
Curitiba - PR

Telefone

(41) 3310-1000
(41) 3310-1326

Observações

A mãe foi informada. O aluno recebeu uma pomada contra hematomas. Esta guia permite a entrada médica no hospital acima citado.

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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



Prontuário: 148092

Pedido: 1957874

Atend: 4508179

Paciente: **Valentin Franco Da Silva**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Marsal Mitsuo Haruno De Vilhena

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 07/11/2024

Dt Imagem: 07/11/2024

Dt Laudo: 12/11/2024 14:16:04

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO E COTOVELO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital, em AP e P.

Os seguintes aspectos foram observados:

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.

Dr. Marco Antonio Nicolodelli
CRM/PR: 14.702