

1 - Registro ANS 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 14/08/2024

5 - Sembr 19932

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora 19932

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 378027

9 - Validade da Carteira 31/12/2024

10 - Nome GAEL BENICIO ANTUNES IGNACIO

11 - Cartão Nacional de Saúde

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 MANOEL PEDRO WASEM

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 47302

18 - UF 41

19 - Código CBO 225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cartão Atendim. 2

22 - Data da Solicitação 14/08/2024

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 04

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 - Qlde | 43 - Via | 44 - Tec | 45 - Fator Red/Acrease | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|--------------|-------------------|-----------------|-------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------|----------|----------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| 1 14/08/2024 | 20:11:00          | 20:11:00        | 22          | 41001010          | TC - Cranio ou sela turca ou orbias                               | 001       |          |          | 1.00                   | 708.84                    | 708.84                 |
| 2 14/08/2024 | 20:11:00          | 20:11:00        | 22          | 41001206          | TC - Reconstrucao tridimensional de qualquer orgao ou estrutura - | 001       |          |          | 1.00                   | 231.47                    | 231.47                 |

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

48 - Seq Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operador/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 - Observações / Justificativa

| 59 - Total Procedimentos (R\$) | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total Materiais (R\$) | 62 - Total do CPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 940.31                         | 0.00                              | 0.00                       | 0.00                     | 0.00                             | 0.00                                 | 940.31                 |

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

JESSYCALIMA Data/Hora: 18/09/2024 10:53:08

Contalote: 2441383

Atendimento: 4425749

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2441383



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

2 - Nº Guia no Prestador 44257/49000000

1 - Registro ANS 000000

5 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 14/08/2024

5 - Senha

ATIVO

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23310

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 378027

9 - Validade da Carteira 31/12/2024

10 - Nome GAEL BENICIO ANTUNES IGNACIO

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 MANOEL PEDRO WASEM

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 47302

18 - UF 41

19 - Código CBO 225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exams Solicitados

21 - Carteira Atendim. 2

22 - Data da Solicitação 14/08/2024

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

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 Exams 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\$) |        |
|-----------|-------------------|-----------------|-------------|-------------------|----------------|----------------------------------------|----------|----------|------------------------|---------------------------|------------------------|--------|
| 1         | 14/08/2024        | 20:11:00        | 20:11:00    | 22                | 41001010       | TC - Cranio ou sela turcica ou orbitas |          |          |                        | 001                       | 708.84                 | 708.84 |

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\$) 708.84 | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 62.16 | 61 - Total Materiais (R\$) 0.00 | 62 - Total de OPMs (R\$) 0.00 | 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 | 65 - Total Geral (R\$) 771.00 |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

JOELMA. Data/Hora: 14/08/2024 20:16:47 Contê.Lote: 2441383 Atendimento: 4425749 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURTIBA 2441383 1 / 1

|                                                          |                                                               |                              |                                                              |                             |                         |                                             |                              |                               |                        |                          |                                             |  |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|---------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                                         | 0                                                             | 5 - Número da Guia Principal |                                                              | 6 - Data Validade da Senha  |                         | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |                              | 12 - Atendimento a RN         | N                      |                          |                                             |  |
| 4 - Data da Autorização                                  |                                                               | 5 - Senha                    |                                                              | 9 - Validade da Carteira    |                         | 10 - Nome                                   | Gael Benicio Antunes Ignacio | 11 - Cartão Nacional de Saúde |                        |                          |                                             |  |
| Dados do Beneficiário                                    |                                                               |                              |                                                              |                             |                         |                                             |                              |                               |                        |                          |                                             |  |
| 8 - Número da Carteira                                   | 378027                                                        |                              |                                                              |                             |                         |                                             |                              |                               |                        |                          |                                             |  |
| Dados do Solicitante                                     |                                                               |                              |                                                              |                             |                         |                                             |                              |                               |                        |                          |                                             |  |
| 13 - Código na Operadora                                 | 59                                                            | 14 - Nome do Contratado      | MANOEL PEDRO WASEM                                           |                             |                         |                                             |                              |                               |                        |                          |                                             |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante                    | MANOEL PEDRO WASEM                                            |                              | 16 - Conselho Profissional                                   | 6                           | 17 - Número no Conselho | 47302                                       | 18 - UF                      | 41                            | 19 - Código CBO        | 225124                   | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |  |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados |                                                               |                              |                                                              |                             |                         |                                             |                              |                               |                        |                          |                                             |  |
| 21 - Carteira Atendim.                                   | 2                                                             | 22 - Data da Solicitação     | 14/08/2024                                                   |                             | 23 - Indicação Clínica  |                                             |                              |                               |                        |                          |                                             |  |
| 24 - Tabela                                              | 22                                                            | 25 - Código do Procedimento  | 41001010                                                     |                             | 26 - Descrição          | TC - Crânio ou sala lúrida ou orlhas        |                              | 27 - Qtd. Solic.              | 1                      | 28 - Qtd. Atend.         |                                             |  |
| 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 Atendimento (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 - Falt. Red/Acresc. | 46 - Valor Unitário(R\$) | 47 - Valor Total(R\$)                       |  |
| 1- / /                                                   |                                                               |                              |                                                              |                             |                         |                                             |                              |                               |                        |                          |                                             |  |
| 2- / /                                                   |                                                               |                              |                                                              |                             |                         |                                             |                              |                               |                        |                          |                                             |  |
| 3- / /                                                   |                                                               |                              |                                                              |                             |                         |                                             |                              |                               |                        |                          |                                             |  |
| 4- / /                                                   |                                                               |                              |                                                              |                             |                         |                                             |                              |                               |                        |                          |                                             |  |
| 5- / /                                                   |                                                               |                              |                                                              |                             |                         |                                             |                              |                               |                        |                          |                                             |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)       |                                                               |                              |                                                              |                             |                         |                                             |                              |                               |                        |                          |                                             |  |
| 48 - Seq. Ref.                                           | 49 - Grau Part.                                               | 50 - Código na operador/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 Razas e Alugues (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                            |                                                               |                              |                                                              |                             |                         |                                             |                              |                               |                        |                          |                                             |  |

Assinatura de Juliana V. Antunes

Atendimento: 4425749

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4425749



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

2 - Nº Guia no Prestador 4425749000000

1 - Registro ANS 000000  
8 - Número da Guia Principal 4425749000000

4 - Data de Autorização 14/08/2024  
5 - Status ATIVO  
6 - Data Validade da Senha  
7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 23310

Dados do Beneficiário  
8 - Número da Carteira 378027  
9 - Validade da Carteira 31/12/2024  
10 - Nome GAEL BENICIO ANTUNES IGNACIO  
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 MANOEL PEDRO WASEM  
16 - Conselho Profissional 6  
17 - Número no Conselho 47302  
18 - UF 41  
19 - Código CBO 225124  
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados  
21 - Carteira Atendim. 2  
22 - Data da Solicitação 14/08/2024  
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - QLSolic. 28 - QLSolic.

Dados do Contratado Executante  
29 - Código na Operadora 59  
30 - Nome do Contratado MANOEL PEDRO WASEM  
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 - Qide 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red/Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)  
1 14/08/2024 19:57:07 19:57:07 22 10101039 Consulta em pronto socorro 001

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

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operadora/CPP 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 CPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gastos Mediciniais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

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

Prontuário: 349949

Pedido: 1911927

Atend: 4425749

Paciente: **Gael Benicio Antunes Ignacio**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Manoel Pedro Wasem

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 14/08/2024

Dt Imagem: 14/08/2024

Dt Laudo: 16/08/2024 13:36:54

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO  
COM RECONSTRUÇÃO 3D**

**Indicação clínica:** TCE.

**Técnica:** estudo em aparelho de tomografia computadorizada *multislice*, sem a injeção venosa de meio de contraste iodado não-iônico, obtendo-se imagens no plano axial e reconstruções multiplanares sagitais e coronais e tridimensionais VRT.

**Análise:**

Ausência de lesões expansivas, coleções extra-axiais ou de calcificações patológicas no encéfalo.

O sistema ventricular tem morfologia, topografia e dimensões normais.

Aspecto anatômico das cisternas basais, bem como dos sulcos entre giros corticais cerebrais e do cerebelo.

**Impressão:**

Estudo tomográfico computadorizado do encéfalo dentro dos limites da normalidade.

**Achados adicionais:** sinusopatia dos seios maxilares e esfenoidais.

\*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.



Dra. Marina Lucianelli  
CRM/PR: 51.881

Prontuário: 349949

Pedido: 1910811

Atend: 4425749

Paciente: **Gael Benicio Antunes Ignacio**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Manoel Pedro Wasem

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 14/08/2024

Dt Imagem: 14/08/2024

Dt Laudo: 16/08/2024 13:21:10

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

**Indicação clínica:** TCE.

**Técnica:** estudo em aparelho de tomografia computadorizada *multislice*, sem a injeção venosa de meio de contraste iodado não-iônico, obtendo-se imagens no plano axial e reconstruções multiplanares sagitais e coronais e tridimensionais VRT.

#### Análise:

Ausência de lesões expansivas, coleções extra-axiais ou de calcificações patológicas no encéfalo.

O sistema ventricular tem morfologia, topografia e dimensões normais.

Aspecto anatômico das cisternas basais, bem como dos sulcos entre giros corticais cerebrais e do cerebelo.

#### Impressão:

Estudo tomográfico computadorizado do encéfalo dentro dos limites da normalidade.

**Achados adicionais:** sinusopatia dos seios maxilares e esfenoidais.

\*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.



Dra. Marina Lucianelli  
CRM/PR: 51.881

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gael Benício Antunes Ignácio  
Nº da Carteirinha: 3.7.8027  
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 11/12/2015

Nº da Guia: 19932



Data da Ocorrência: 14/08/2024  
Horário: 17:34:00  
Local: Sala de Aula

Atividade:  
Coral

### O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

### Partes do corpo

Cabeça

### Descrição

O aluno estava na aula de Coral, quando foi senta na cadeira o colega puxou e ele caiu e bateu a cabeça na cadeira.

### Testemunha da ocorrência

Monitora Flavia Lemos

### Telefone

(41) 3051-8550

### Quem prestou primeiros socorros

Monitora Flavia Lemos

### Data

14/08/2024

### 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

Atendimento realizado pela monitora Flavia, fiz a Guia do Ama deixei ele com gelinho, encaminhei o aluno até o disciplinar pra toma as providencias.

Ass.: *Flávia Eliza Kobai Lemos*

Flávia Eliza Kobai Lemos

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