



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

2 - Nº Guia no Prestador 24080

1 - Registro ANS 000000
2 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 04/11/2024
5 - Sinha 22794
6 - Data Validada da Sinha

8 - Número da Carteira 378699
9 - Validade da Carteira 31/12/2024
10 - Nome AMANDA RODRIGUES COSTA 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 JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 26551
18 - UF 41
19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
21 - Caracter. Atendim. 2
22 - Data da Solicitação 04/11/2024
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

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
31 - Código CNES 13563

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 04/11/2024 37 - Hora Inicial 12:04:00 38 - Hora Final 12:04:00 39 - Tabela 40 - Procedimento 40804097 41 - Descrição RX - Pe ou pododactilo 42 - Qde 001 43 - Vlr 1,00 44 - Tec 69,96 45 - Valor Real/Licenc 69,96 46 - Valor Unitário (R\$) 69,96 47 - Valor Total (R\$) 69,96

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

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Prof. 50 - Código na operacional/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. / /

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 Médicinas (R\$) 65 - Total Geral (R\$)
69,96 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 69,96

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 24080

4 - Data da Autorização 04/11/2024

5 - Sanha 22794

6 - Data Validade da Sanha 31/12/2024

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24080

8 - Nome do Beneficiário AMANDA RODRIGUES COSTA QUEIROZ

9 - Cartão Nacional de Saúde

10 - Atendimento a RN N

Dados do Beneficiário

378699

5 - Validade da Carteira 31/12/2024

10 - Nome AMANDA RODRIGUES COSTA 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 JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 26551

18 - UF 41

19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira Atendim. 2

22 - Data da Solicitação 04/11/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59

30 - Nome do Contratado JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 04

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

34 - Tipo de Consulta 1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 1 04/11/2024	37 - Hora Inicial 11:43:44	38 - Hora Final 11:43:44	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição Consulta em pronto socorro	42 - Qtd 001	43 - Via	44 - Tpc	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 OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Médicinas (R\$)

65 - Assinatura do Contratado

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

KAMILLE.

Data/Hora: 04/11/2024 17:20:38

Conta/Lote: 2484169

Atendimento: 4504580

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA





Clínica Adventista
de Curitiba

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

2 - Nº Guia no Prestador/24090

1 - Registro ANS		5 - Número da Guia Principal	
0			
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira		378699	
9 - Validade da Carteira			
10 - Nome		AMANDA RODRIGUES COSTA QUEIROZ	
11 - Cartão Nacional de Saúde			
12 - Atendimento a RM		N	
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora		59	
14 - Nome do Contratado		RUBENS FURLAN NETO	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
15 - Nome do Profissional Solicitante		RUBENS FURLAN NETO	
16 - Conselho Profissional		6	
17 - Número no Conselho		46555	
18 - UF		41	
19 - Código CBO		225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caracter Atendim.		22 - Data da Solicitação	
2		04/11/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento	
1		40804097	
26 - Descrição		27 - Qlde. Solic.	
RX - Pe ou piododactilo		1	
28 - Qlde. 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	
1- 11/11/24		38 - Hora Final	
2- 11/11/24		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento	
3- 11/11/24		41 - Descrição	
4- 11/11/24		42 - Qlde.	
5- 11/11/24		43 - Via	
		44 - Tec.	
		45 - Pat. Rad/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- / /		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
2- / /		5- / /	
3- / /		6- / /	
4- / /		7- / /	
8- / /		9- / /	
10- / /			
58 - Observações / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)			
60 - Total Taxas e Anúncios (R\$)			
61 - Total Materiais (R\$)			
62 - Total de OPM (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			

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 04/11/2024 12:05:18

Atendimento: 4504580 Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4504580

Instituto N. Sousa
MÉDICO
CRM-PR 622241



Prescrição.: 6971377 Data Prescrição: 04/11/2024 12:04
Setor Solic: EMERGÊNCIA CONVÊNIOS NR Carteira: 378699
Atendimento: 4504580 Validade:
Paciente....: 687532 - AMANDA RODRIGUES COSTA QUEIROZ Nasc: 15/04/2013 11a 6m 21d
Origem Atd.: EMERGENCIA CONVENIOS Classificação de Risco: URG
Convênio....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Serviço: ORTOP. E TRAUMATOLOGIA PEDIAT.
Prestador...: 46555 RUBENS FURLAN NETO
Acomodação.: Leito:
Unid Intern:
Cid.....: S908 OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DO TORNOZELO E DO PE Usuário:
RUBENS.FURLAN

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 PE OU PODODACTILOS	1	 1499284	04/11/2024 12:04			 1955687	32040105 AT
		Observação:	DIR				

RUBENS FURLAN NETO
CRM 46555

Thiago N. Sousa



Prontuário: 687532 Pedido: 1955687 Atend: 4504580
Paciente: **Amanda Rodrigues Costa Queiroz**
Convênio: CLINICA Médico Solicitante: Rubens Furlan Neto
ADVENTISTA DE CURITIBA
EMPRESARIAL
Dt Pedido: 04/11/2024 Dt Imagem: 04/11/2024 Dt Laudo: 05/11/2024 12:31:26

RADIOGRAFIA DE PÉ DIREITO

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

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Amanda Rodrigues Costa Queiroz
Nº da Carteira: 3.7.8699
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 15/04/2013

Nº da Guia: 22794

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/11/2024	10:26:00	Pátio	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

A aluna veio a sala de apoio, pois estava correndo no pátio quando torceu o pé direito, anda mancando um pouco, notou uma bolinha assim que foi aplicado gelo.

Testemunha da ocorrência

Amanda

Telefone

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Kelly Souza

Data

04/11/2024

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 aluna veio a sala de apoio, pois estava correndo no pátio quando torceu o pé direito, anda mancando um pouco, notou uma bolinha assim que foi aplicado gelo.

Ass.:

Alisson Felipe Souza da Silva

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