

|                                                          |  |                                                              |  |
|----------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                                         |  | 3 - Número da Guia Principal                                 |  |
| 000000                                                   |  |                                                              |  |
| 4 - Data da Autorização                                  |  | 5 - Semta                                                    |  |
| 11/10/2024                                               |  | 22087                                                        |  |
| 6 - Data Validade da Semta                               |  | 7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora                  |  |
|                                                          |  | 22087                                                        |  |
| 8 - Número da Carteira                                   |  | 9 - Validade da Carteira                                     |  |
| 2117633                                                  |  | 31/12/2024                                                   |  |
| 10 - Nome                                                |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                                |  |
| BENJAMIN CAVILHA SCUPINO                                 |  |                                                              |  |
| 12 - Atendimento a RN                                    |  | N                                                            |  |
| Dados do Solicitante                                     |  |                                                              |  |
| 13 - Código na Operadora                                 |  | 14 - Nome do Contratado                                      |  |
| 76591569000130                                           |  | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante                    |  | 16 - Conselho Profissional                                   |  |
| MARISTELA GOMES GONCALVES                                |  | 6                                                            |  |
| 17 - Número no Conselho                                  |  | 10518                                                        |  |
| 18 - UF                                                  |  | 41                                                           |  |
| 19 - Código CBO                                          |  | 225124                                                       |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante              |  |                                                              |  |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados |  |                                                              |  |
| 21 - Caracter Atendimento                                |  | 22 - Data da Solicitação                                     |  |
| 2                                                        |  | 11/10/2024                                                   |  |
| 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                                 |  | 30 - Nome do Contratado                                      |  |
| 76591569000130                                           |  | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |
| Dados do Atendimento                                     |  |                                                              |  |
| 32 - Tipo Atendimento                                    |  | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)  |  |
| 04                                                       |  | 9                                                            |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                    |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |
| 1                                                        |  |                                                              |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados    |  |                                                              |  |
| 36 - Data                                                |  | 37 - Hora Inicial                                            |  |
| 11/10/2024                                               |  | 15:24:00                                                     |  |
| 38 - Hora Final                                          |  | 40 - Procedimento                                            |  |
| 15:24:00                                                 |  | 22                                                           |  |
| 41 - Descrição                                           |  | 42 - Qlde                                                    |  |
| RX - Cranio - 3 incidencias                              |  | 001                                                          |  |
| 43 - Via                                                 |  | 44 - Tec                                                     |  |
|                                                          |  | 1.00                                                         |  |
| 45 - Valor Real/Acresc                                   |  | 46 - Valor Unitário (R\$)                                    |  |
| 84.08                                                    |  | 84.08                                                        |  |
| 47 - Valor Total (R\$)                                   |  | 84.08                                                        |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)       |  |                                                              |  |
| 48 - Seq. Rel.                                           |  | 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           |  | 58 - Assinatura do Responsável                               |  |
| 1. / /                                                   |  | 3. / /                                                       |  |
| 2. / /                                                   |  | 4. / /                                                       |  |
| 5. / /                                                   |  | 6. / /                                                       |  |
| 7. / /                                                   |  | 8. / /                                                       |  |
| 9. / /                                                   |  | 10. / /                                                      |  |
| 59 - Observações / Justificativa                         |  |                                                              |  |
|                                                          |  |                                                              |  |
| 60 - Total Procedimentos (R\$)                           |  | 61 - Total Taxas e Anuidades (R\$)                           |  |
| 84.08                                                    |  | 0.00                                                         |  |
| 62 - Total de CPME (R\$)                                 |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)                             |  |
| 0.00                                                     |  | 0.00                                                         |  |
| 64 - Total de Casas Medicinas (R\$)                      |  | 65 - Total Geral (R\$)                                       |  |
| 0.00                                                     |  | 84.08                                                        |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização          |  |                                                              |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável           |  |                                                              |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                            |  |                                                              |  |
| TALITA.                                                  |  |                                                              |  |
| Data/Hora: 29/10/2024 10:49:45                           |  | Conta/Lote: 2472605                                          |  |
| Atendimento: 4483152                                     |  | Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA                     |  |
| 2472605                                                  |  | 1 / 1                                                        |  |

|                            |            |                                             |       |
|----------------------------|------------|---------------------------------------------|-------|
| 1 - Registro ANS           | 000000     | 8 - Número da Guia Principal                | 22087 |
| 4 - Data da Autorização    | 11/10/2024 | 5 - Senha                                   | 22087 |
| 6 - Data Validade da Senha | 22087      | 7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora | 22087 |

|                       |                        |         |                          |            |           |                          |                               |                       |   |
|-----------------------|------------------------|---------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------|---|
| Dados do Beneficiário | 8 - Número da Carteira | 2117633 | 9 - Validade da Carteira | 31/12/2024 | 10 - Nome | BENJAMIN CAVILHA SCUPINO | 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 | MARISTELA GOMES GONCALVES | 16 - Conselho Profissional | 6                       | 17 - Número no Conselho                                      | 10518 | 18 - UF | 41 | 19 - Código CBO | 225124 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |

|                                                          |                             |                          |                        |                  |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------|------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados | 21 - Caráter Atendim.       | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |                  |
| 2                                                        | 11/10/2024                  |                          |                        |                  |
| 24 - Tabela                                              | 25 - Código do Procedimento | 26 - Descrição           | 27 - QI Solic.         | 28 - QI Autoriz. |
|                                                          |                             |                          |                        |                  |

|                                |                           |                         |                  |
|--------------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------|
| Dados do Contratado Executante | 29 - Código na Operadora  | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES |
| 59                             | MARISTELA GOMES GONCALVES |                         | 15563            |

|                      |                       |                                                  |                       |                                            |
|----------------------|-----------------------|--------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| Dados do Atendimento | 32 - Tipo Atendimento | 33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
| 04                   |                       | 9                                                | 1                     |                                            |

|                                                       |            |                   |                 |             |                   |                            |           |          |          |                       |                           |                        |
|-------------------------------------------------------|------------|-------------------|-----------------|-------------|-------------------|----------------------------|-----------|----------|----------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| 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\$) |
| 1                                                     | 11/10/2024 | 15:17:04          | 15:17:04        | 22          | 10101039          | Consulta em pronto socorro | 001       |          |          |                       |                           |                        |

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 | 58 - Observações / Justificativa |
| 1- / /                                            | 3- / /                                         |                                  |
| 2- / /                                            | 4- / /                                         |                                  |
|                                                   | 5- / /                                         |                                  |
|                                                   | 6- / /                                         |                                  |
|                                                   | 7- / /                                         |                                  |
|                                                   | 8- / /                                         |                                  |
|                                                   | 9- / /                                         |                                  |
|                                                   | 10- / /                                        |                                  |

|                                |                                   |                            |                          |                                  |                                      |                        |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 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 Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) |
|                                |                                   |                            |                          |                                  |                                      |                        |

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador: 23848

1 - Registro ANS 0  
3 - Número da Guia Principal

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

Dados do Beneficiário  
8 - Número da Carteira 2117633  
9 - Validade da Carteira  
10 - Nome BENJAMIN CAVILHA SCUPINO  
11 - Cartão Nacional de Saúde  
12 - Atendimento a RM N

Dados do Solicitante  
13 - Código na Operadora 59  
14 - Nome do Contratado MARISTELA GOMES GONCALVES

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados  
15 - Nome do Profissional Solicitante MARISTELA GOMES GONCALVES  
16 - Conselho Profissional 6  
17 - Número no Conselho 10518  
18 - UF 41  
19 - Código CBO 225124  
20 - Assinatura do Responsável  
21 - Caracter. Atendim. 2  
22 - Data da Solicitação 11/10/2024

23 - Indicação Clínica  
24 - Tabela 1  
25 - Código do Procedimento 40801020  
26 - Descrição RX - Crânio - 3 incidências  
27 - Qlde. Solic. 1  
28 - Qlde. Aut.

Dados do Contratado Executante  
29 - Código na Operadora  
30 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO  
31 - Código CNES 15563

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 - Qlde. | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fat Red/Acresc | 46 - Valor Unitário(R\$) | 47 - Valor Total(R\$) |
|---------------|-------------------|-----------------|-----------------------------------------|----------------|------------|----------|-----------|---------------------|--------------------------|-----------------------|
| 1- 11/10/2024 | 11                | 11              | 11                                      | 11             | 11         | 11       | 11        | 11                  | 11                       | 11                    |
| 2- 11/10/2024 | 11                | 11              | 11                                      | 11             | 11         | 11       | 11        | 11                  | 11                       | 11                    |
| 3- 11/10/2024 | 11                | 11              | 11                                      | 11             | 11         | 11       | 11        | 11                  | 11                       | 11                    |
| 4- 11/10/2024 | 11                | 11              | 11                                      | 11             | 11         | 11       | 11        | 11                  | 11                       | 11                    |
| 5- 11/10/2024 | 11                | 11              | 11                                      | 11             | 11         | 11       | 11        | 11                  | 11                       | 11                    |

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- 11/10/2024  
2- 11/10/2024  
3- 11/10/2024  
4- 11/10/2024  
5- 11/10/2024  
6- 11/10/2024  
7- 11/10/2024  
8- 11/10/2024  
9- 11/10/2024  
10- 11/10/2024

59 - Observações / Justificativa  
60 - Total Taxas e Anúncios (R\$)  
61 - Total Materiais (R\$)  
62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
63 - Total de Medicamentos (R\$)  
64 - Total de Gases Médicos (R\$)  
65 - Total Geral (R\$)  
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização





Prescrição.: 6917911 Data Prescrição: 11/10/2024 15:23  
Setor Solic: EMERGÊNCIA CONVÊNIOS NR Carteira: 2117633  
Atendimento: 4483152 Validade:  
Paciente....: 338747 - BENJAMIN CAVILHA SCUPINO Nasc: 01/04/2015 9a 6m 11d  
Origem Atd.: EMERGENCIA CONVENIOS Classificação de Risco: URG  
Convênio....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Serviço: PEDIATRIA  
Prestador...: 10518 MARISTELA GOMES GONCALVES  
Acomodação.: Leito:  
Unid Intern:  
Cid.....: S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA  
MARISTELA.GONCALVES

Usuário:

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<br>CRANIO PA - LAT<br>BRETTON | 1    | <br>1490350 | 11/10/2024<br>15:23 |          |                | <br>1943102 AT | 32010028    |

  
MARISTELA GOMES GONCALVES  
CRM 10518

  
Téc. Radiologia  
CRTR 04752T



Prontuário: 338747

Pedido: 1943102

Atend: 4483152

Paciente: **Benjamin Cavilha Scupino**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Maristela Gomes Goncalves

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 11/10/2024

Dt Imagem: 11/10/2024

Dt Laudo: 14/10/2024 11:15:05

## RADIOGRAFIA DE CRÂNIO

Incidências: anteroposterior (AP) e perfil (P).

Análise:

Calota craniana de aspecto radiográfico normal.

Estruturas da base do crânio dentro do normal radiográfico.

\*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. Jorge Alberto Ledesma  
CRM/PR: 5.962

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Benjamin Cavilha Scupino

Nº da Carteira: 2.11.7633

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 01/04/2015

Nº da Guia: 22087



| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade                          |
|--------------------|----------|-------|------------------------------------|
| 11/10/2024         | 12:46:00 | Pátio | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu               | Partes do corpo |
|-------------------------------|-----------------|
| Queda de altura (Ex.: escada) | Cabeça          |

## Descrição

O aluno estava brincando com a bola, junto com os colegas, quando ao tentar pegar a bola, escorregou e bateu a cabeça no chão, levantou-se chorando com muita dor e um pouco zozzo, criando um galo no local.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Isaura                   | (41) 3225-1920 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Isaura                          | 11/10/2024 |

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

## Observações

O aluno foi atendido pela monitora, onde imediatamente colocou gelo no local, foi encaminhado para a coordenação, onde foi avaliado e feito o contato com o pai do aluno.

Ass.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tiago Rocha de Oliveira

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  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)