# PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

## SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

## NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

RPS nº. 445900, Série: U, emitido em 09/09/2021, conversão em 09/09/2021

| | |
|---|---|
| Número da Nota | 425811 |
| Data e Hora de Emissão | 09/09/2021 00:00:00 |
| Código de Verificação | **2BSS9506** |

### PRESTADOR DE SERVIÇOS

**Razão Social:** ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROT INFANCIA DR RAUL CARNEIRO
**CPF / CNPJ:** 76.591.569/0001-30 **Inscrição Municipal:** 04 03 0035943-2
**Endereço:** IGUAÇÚ, 001472 - BAIRRO: ÁGUA VERDE - CEP: 80240030 **Tel.:** 41 - 33101010
**Município:** CURITIBA **UF:** PR **Email:** contabilidade@hpp.org.br

### TOMADOR DE SERVIÇOS

**Nome/Razão Social:** INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRAS DE SAUDE
**CPF / CNPJ:** 15.116.763/0004-12 **IMU:** **Outro Doc.:**
**Endereço:** JULIA DA COSTA, 1447 - BAIRRO: BIGORRILHO - CEP: 80730070
**Município:** Curitiba **UF:** PR **Email:** FATURAMENTO@HPP.ORG.BR

### DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICO HOSPITALAR|
0.00 R$ 0.00 COMEPP REMESSA 3861 | PIS (%) 0.00 R$ 0.00 | COFINS (%)

Valor Líquido da Nota Fiscal = R$ 2.092,50

### VALOR TOTAL DA NOTA - R$2.092,50

Código da Atividade

Q.86.1.0-1/01-00 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

| Valor Total das Deduções (R$) | Base de Cálculo (R$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R$) | Crédito p/ Abatimento do IPTU |
|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 2.092,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

### OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei 73/2009.
Os serviços referentes a esta NFS-e são Imunes do ISS.

Mais informações: nota.curitiba.pr.gov.br

# ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO A INFANCIA DR RAUL CARNEIRO

| Relatório | Cobrança | Data | Página |
|---|---|---|---|
| RELATÓRIO COBRANÇA | 3861 | 03/09/2021 | 1 / 1 |

## Conferência Cobrança

| Convênio | CNPJ | Código Empresa | Cobrança | Protocolo | Data Base | Envio | Vencimento | Emergência | Mesma Via | Outra Via | Bilateral | Tipo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE | 15116763000412 | 128 | 3861 | | 03/09/2021 | 10/09/2021 | 11/10/2021 | 0% | 100,00% | 70,00% | 50,00% | DATA DA PRODUÇÃO |

## Boletins

| Boletim | Numero Guia | Cooperado | Paciente / Senha | Matricula / Plano | Data Inicio | Data Fim | Fer / Emer | Cód | Proc. | Procução | Taxa | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3406041 21.08.03542 Em Aberto | 3533 | 45979 - DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA | CHRISTIAN IAGUCZESKI FERNANDES | | 22/07/2021 18:43 | 18:53 | NÃO NÃO | 10101039 | EM PRONTO SOCORRO | 132,00 | 47,04 | 179,04 |
| | | | | | | | | | | 132,00 | 47,04 | 179,04 |
| 3406058 21.08.03542 Em Aberto | 3533 | 26551 - JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO | CHRISTIAN IAGUCZESKI FERNANDES | 2325437 | 22/07/2021 19:50 | 20:00 | NÃO SIM | 10101039 | EM PRONTO SOCORRO | 171,60 | 47,04 | 218,64 |
| | | | | | | | | | | 171,60 | 47,04 | 218,64 |
| 3426489 21.08.03542 Em Aberto | 3426489 | 10518 - MARISTELA GOMES GONCALVES | DAVI MEDUNA ZEN | 2336231 | 16/08/2021 14:27 | 14:37 | NÃO NÃO | 10101039 | EM PRONTO SOCORRO | 132,00 | 47,04 | 179,04 |
| | | | | | | | | | | 132,00 | 47,04 | 179,04 |
| 3422615 21.08.03542 Em Aberto | 3604 | 21395 - ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA | FERNANDA DA SILVA | 00 | 11/08/2021 13:06 | 13:16 | NÃO NÃO | 10101039 | EM PRONTO SOCORRO | 132,00 | 47,04 | 179,04 |
| | | | | | | | | | | 132,00 | 47,04 | 179,04 |
| 3424715 21.08.03542 Em Aberto | 3424715 | 40994 - LUCAS KOJI MATSUZAKI | GABRIELA VITORIA RODRIGUES | 278612 | 13/08/2021 19:23 | 19:33 | NÃO SIM | 10101039 | EM PRONTO SOCORRO | 171,60 | 47,04 | 218,64 |
| | | | | | | | | 30101794 | SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAMENTO | 91,65 | 0,00 | 91,65 |
| | | | | | | | | | | 263,25 | 47,04 | 310,29 |
| 3423802 21.08.03542 Em Aberto | 3609 | 27706 - LUCIO RICIERI PEROTTI | JUAN PEDRO BUENO | 2325123 | 12/08/2021 15:33 | 15:43 | NÃO NÃO | 10101039 | EM PRONTO SOCORRO | 132,00 | 47,04 | 179,04 |
| | | | | | | | | 30722420 | FRATURAS E/ OU LUXACOES DE FALANGES-REDUCAO INCRUENTA | 91,65 | 0,00 | 91,65 |
| | | | | | | | | | | 223,65 | 47,04 | 270,69 |
| 3423517 21.08.03542 Em Aberto | 3605 | 8585 - VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA | KAUA DOS SANTOS SPADA | | 12/08/2021 11:34 | 11:44 | NÃO NÃO | 10101039 | EM PRONTO SOCORRO | 132,00 | 47,04 | 179,04 |
| | | | | | | | | | | 132,00 | 47,04 | 179,04 |
| 3435732 21.08.03542 Em Aberto | 3435732 | 29757 - LUIZ MULLER AVILA | MIQUEIAS FELIPE FERREIRA | 375821 | 25/08/2021 20:50 | 21:00 | NÃO SIM | 10101039 | EM PRONTO SOCORRO | 171,60 | 47,04 | 218,64 |
| | | | | | | | | | | 171,60 | 47,04 | 218,64 |
| 3437564 21.08.03542 Em Aberto | 3437564 | 23262 - VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO | NICOLE TEIXEIRA RECHARTE | 3708 | 27/08/2021 13:37 | 13:47 | NÃO NÃO | 10101039 | EM PRONTO SOCORRO | 132,00 | 47,04 | 179,04 |
| | | | | | | | | | | 132,00 | 47,04 | 179,04 |
| 3412528 21.08.03542 Em Aberto | 3525004 | 25919 - VICTOR HUGO MARIANO RAMOS | RAQUEL LANGARO DA SILVA | | 30/07/2021 16:16 | 16:26 | NÃO NÃO | 10101039 | EM PRONTO SOCORRO | 132,00 | 47,04 | 179,04 |
| | | | | | | | | | | 132,00 | 47,04 | 179,04 |

## Total

| Boletins | Produção | Taxa de disponibilidade | Valor |
|---|---|---|---|
| | 1622,10 | 470,40 | 2092,50 |

Relatório Emitido por: ANA PAULA

Clínica Adventista de Curitiba

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

2 - Nº Guia no Prestador 3406041000000

| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal |
|---|---|
| 3406041000000 | 3406041000000 |

| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 22/07/2021 | 3533 | 18568 | 18568 |

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 000000 | 30/12/2021 | CHRISTIAN IAGUCZESKI FERNANDES D | | 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 | 17 -Número no Conselho | 18 -UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|---|---|---|---|
| DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA | 6 | 45979 | 41 | 225230 | |

**Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados**

| 21-Caráter Atendim. | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 22/07/2021 | |

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento | 26 - Descrição | 27 - Qt.Solic. | 28 - Qt.Autoriz. |
|---|---|---|---|---|

Diego Pita CRM-PR 45979

**Dados do Contratado Executante**

| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado |
|---|---|
| 59 | DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA |

**Dados do Atendimento**

| 32 - Tipo Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento | 31 - Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 11 | 9 | | | 15563 |

**Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados**

| | 36-Data | 37-Hora Inicial | 38-Hora Final | 39-Tabela | 40-Procedimento | 41-Descrição | 42 - Qtde | 43-Via | 44-Tec | 45- Fator Red./Acresc | 46-Valor Unitário (R$) | 47-Valor Total (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 22/07/2021 | 18:43:21 | 18:43:21 | 22 | 10101039 | Consulta em pronto socorro | 001 | | | | | 132,00 |

**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- / /

57 - Assinatura do Beneficiario 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$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R$) | 65 - Total Geral (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 132,00 |

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável: T. Miriam I. de Oliveira

68 - Assinatura do Contratado

Diego Pita CRM-PR 45979

DIEGO, Data/Hora: 22/07/2021 19:19:55 Conta/Lote: 1836913 Atendimento: 3406041 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1836913

1/1

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Christian Iaguczeski Fernandes de Paula
**Nº da Carteirinha:** 2.32.5437
**Instituição:** Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 01/03/2011 | **Nº da Guia:** 3533

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 22/07/2021 | 16:43:00 | Escada | Deslocamento interno |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|---|
| Queda de mesmo nível | Costas |

**Descrição**

Em deslocamento interno, escorregou batendo as costas na escada.

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|---|---|
| Monitor Luan | (41) 3051-8600 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| o Mesmo | 22/07/2021 |

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

**Observações**

Foi ligado p/ a mãe e a mesma o levará no HPP pelo colégio.

Prof. Rhoodi Nemitz
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Rudimar Roberto Nemitz

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Clínica Adventista de Curitiba

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

2 - Nº Guia no Prestador 3412528000000

| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal |
|---|---|
| 000000 | 3412528000000 |

| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 30/07/2021 | 3525004 | | 18590 |

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 000000 | 30/12/2021 | RAQUEL LANGARO DA SILVA | 704302552211091 | 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 | 17 -Número no Conselho | 18 -UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|---|---|---|---|
| VICTOR HUGO MARIANO RAMOS | 6 | 25919 | 41 | 225270 | Dr. Victor Hugo Mariano Ramos Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 25919 |

**Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados**

| 21-Caráter Atendim. | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 30/07/2021 | |

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento | 26 - Descrição | 27 - Qt.Solic. | 28 - Qt.Autoriz. |
|---|---|---|---|---|

**Dados do Contratado Executante**

| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES |
|---|---|---|
| 59 | VICTOR HUGO MARIANO RAMOS | 15563 |

**Dados do Atendimento**

| 32 - Tipo Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|---|---|---|---|
| 11 | 9 | | |

**Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados**

| | 36-Data | 37-Hora Inicial | 38-Hora Final | 39-Tabela | 40-Procedimento | 41-Descrição | 42 - Qtde | 43-Via | 44-Tec | 45- Fator Red./Acresc | 46-Valor Unitário (R$) | 47-Valor Total (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 30/07/2021 | 16:16:43 | 16:16:43 | 22 | 10101039 | Consulta em pronto socorro | 001 | | | | | 132,00 |

**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 Beneficiario 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$) | 62 - Total de OPME (R$) | 63 - Total de Medicamentos (R$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R$) | 65 - Total Geral (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 132,00 |

| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|---|---|---|
| | Maria Luzo de Rosa | Dr. Victor Hugo Mariano Ramos Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 25919 |

FRANCIELI. Data/Hora: 30/07/2021 16:16:25 Conta/Lote: 1840761 Atendimento: 3412528 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 1840761

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Raquel Langaro da Silva
**Nº da Carteirinha:** 2.80.796
**Instituição:** Escola Adventista Fazenda Rio Grande - EIEF

**Data de Nascimento:** 29/12/2005 **Nº da Guia:** 3525.004

| Data do Retorno | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 20/07/2021 | 12:13:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|---|
| Choque com terceiros ( ) | Joelho Direito |

**Descrição**

A aluna se chocou como outro colega e deslocou o joelho , deitou no cão com dor enquanto o professor observava, o joelho voltou para o local.

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|---|---|
| Marcos | (41) 99773-5587 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| Professor Marcos e os Monitores | 20/07/2021 |

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

**Motivo do Retorno**

passar por uma avalição com especialista no Hospital Pequeno Príncipe. e dar seguimento ao tratamento da lesão do joelho

Ass.:

Diego Henrique De Jesus Frata

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Clínica Adventista de Curitiba

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

2 - Nº Guia no Prestador 3406058000000

| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal |
|---|---|
| 000000 | 3406058000000 |

| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 22/07/2021 | 3533 | | 18579 |

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 2325437 | 30/12/2021 | CHRISTIAN IAGUCZESKI FERNANDES D | | 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 | 17 -Número no Conselho | 18 -UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|---|---|---|---|
| JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO | 6 | 26551 | 41 | 225270 | |

**Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados**

| 21-Caráter Atendim. | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 22/07/2021 | |

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento | 26 - Descrição | 27 - Qt.Solic. | 28 - Qt.Autoriz. |
|---|---|---|---|---|

**Dados do Contratado Executante**

| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES |
|---|---|---|
| 59 | JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO | 15563 |

**Dados do Atendimento**

| 32 - Tipo Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|---|---|---|---|
| 11 | 9 | | |

**Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados**

| | 36-Data | 37-Hora Inicial | 38-Hora Final | 39-Tabela | 40-Procedimento | 41-Descrição | 42 - Qtde | 43-Via | 44-Tec | 45- Fator Red./Acresc | 46-Valor Unitário (R$) | 47-Valor Total (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 22/07/2021 | 19:50:09 | 19:50:09 | 22 | 10101039 | Consulta em pronto socorro | 001 | | | 30% | | 171,60 |

**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 Beneficiario 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$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R$) | 65 - Total Geral (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 171,60 |

| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|---|---|---|
| | x Mirian L. de Oliveira | |

João Caetano Munhoz Abdo Ortopedia Pediátrica CRM: 26.551 RQE: 13271

RITA. Data/Hora: 23/07/2021 05:13:04 Conta/Lote: 1836926 Atendimento: 3406058 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 1836926

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Christian Iaguczeski Fernandes de Paula
**Nº da Carteirinha:** 2.32.5437
**Instituição:** Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 01/03/2011 | **Nº da Guia:** 3533

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 22/07/2021 | 16:43:00 | Escada | Deslocamento interno |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|---|
| Queda de mesmo nível | Costas |

**Descrição**

Em deslocamento interno, escorregou batendo as costas na escada.

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|---|---|
| Monitor Luan | (41) 3051-8600 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| o Mesmo | 22/07/2021 |

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

**Observações**

Foi ligado p/ a mãe e a mesma o levará no HPP pelo colégio.

Prof. Rhodri Nemitz
Coordenador Disciplinar

Ass.: _____

Rudimar Roberto Nemitz

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Clínica Adventista de Curitiba

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

2 - Nº Guia no Prestador 3423517000000

| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal |
|---|---|
| 000000 | 3423517000000 |

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

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 3605 | 31/12/2021 | KAUA DOS SANTOS SPADA | | 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 | 17 - Número no Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|---|---|---|---|
| VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA | 6 | 8585 | 41 | 225124 | |

**Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados**

| 21 - Caráter Atendim. | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 12/08/2021 | SDAS |

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento | 26 - Descrição | 27 - Qt.Solic. | 28 - Qt.Autoriz. |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**Dados do Contratado Executante**

| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES |
|---|---|---|
| 59 | VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA | 15563 |

**Dados do Atendimento**

| 32 - Tipo Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|---|---|---|---|
| 11 | 9 | | |

**Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados**

| | 36-Data | 37-Hora Inicial | 38-Hora Final | 39-Tabela | 40-Procedimento | 41-Descrição | 42 - Qtde | 43-Via | 44-Tec | 45- Fator Red./Acresc | 46-Valor Unitário (R$) | 47-Valor Total (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 12/08/2021 | 11:34:31 | 11:34:31 | 22 | 10101039 | Consulta em pronto socorro | 001 | | | | | 132,00 |

**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 Beneficiario 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$) | 62 - Total de OPME (R$) | 63 - Total de Medicamentos (R$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R$) | 65 - Total Geral (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 132,00 |

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

VERA.BARBOSA Data/Hora: 12/08/2021 11:44:37 Conta/Lote: 1847311 Atendimento: 3423517 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 1847311

Clínica Adventista de Curitiba

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

2 - Nº Guia no Prestador 3422615000000

| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal |
|---|---|
| 000000 | 3422615000000 |

| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 11/08/2021 | ELEGIVEL | | 18601 |

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 000000000 | 31/12/2021 | FERNANDA DA SILVA | | 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 | 17 -Número no Conselho | 18 -UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|---|---|---|---|
| ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA | 6 | 21395 | 41 | 225270 | ANA LAURA CUNHA CRM PR 21395 |

**Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados**

| 21-Caráter Atendim. | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 11/08/2021 | |

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento | 26 - Descrição | 27 - Quantidade Solicitada | 28 - Qt.Autoriz. |
|---|---|---|---|---|

**Dados do Contratado Executante**

| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES |
|---|---|---|
| 59 | ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA | 15563 |

**Dados do Atendimento**

| 32 - Tipo Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|---|---|---|---|
| 11 | 9 | | |

**Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados**

| | 36-Data | 37-Hora Inicial | 38-Hora Final | 39-Tabela | 40-Procedimento | 41-Descrição | 42 - Qtde | 43-Via | 44-Tec | 45- Fator Red./Acresc | 46-Valor Unitário (R$) | 47-Valor Total (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 11/08/2021 | 13:06:25 | 13:06:25 | 22 | 10101039 | Consulta em pronto socorro | 001 | | | | | 132,00 |

**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 Beneficiario 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$) | 62 - Total de OPME (R$) | 63 - Total de Medicamentos (R$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R$) | 65 - Total Geral (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 132,00 |

| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|---|---|---|
| | Maria Beatriz Casado | ANA LAURA CUNHA CRM PR 21395 |

ELAINE. Data/Hora: 11/08/2021 15:38:05 Conta/Lote: 1846740 Atendimento: 3422615 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 1846740

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Fernanda da Silva
**Nº da Carteirinha:** 3.7.7553
**Instituição:** Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 02/01/2008 **Nº da Guia:** 3604

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 11/08/2021 | 10:49:00 | Quadra | Intervalo (Extraclasse) |

**O que aconteceu**

Bateu o dedo mindinho no pinbolin.

**Partes do corpo**

Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

**Descrição**

A aluna estava brincando no pinbolin e bateu o dedo mindinho. Aplicamos gelol e gelo.

**Testemunha da ocorrência**

Munick da Cruz

**Telefone**

(41) 3051-8550

**Quem prestou primeiros socorros**

Munick da Cruz

**Data**

11/08/2021

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

**Observações**

O aluno retornou para a sala, notificamos os pais do ocorrido e encaminhamos a guia AMA.

Munick Cruz
Coordenador

Ass.: Munick Rodrigues

Munick Rodrigues Dos Santos Da Cruz

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Clínica Adventista de Curitiba

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

2 - Nº Guia no Prestador 3426489000000

| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal |
|---|---|
| 000000 | 3426489000000 |

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

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 2336231 | 16/08/2021 | DAVI MEDUNA ZEN | | 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 | 17 -Número no Conselho | 18 -UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|---|---|---|---|
| MARISTELA GOMES GONCALVES | 6 | 10518 | 41 | 225124 | Maristela Gomes Gonçalves Pediatra CRM 10518 |

**Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados**

| 21-Caráter Atendim. | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 16/08/2021 | |

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento | 26 - Descrição | 27 - Qt.Solic. | 28 - Qt.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 (Acidente ou Doença Relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|---|---|---|---|
| 11 | 9 | | |

**Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados**

| | 36-Data | 37-Hora Inicial | 38-Hora Final | 39-Tabela | 40-Procedimento | 41-Descrição | 42 - Qtde | 43-Via | 44-Tec | 45- Fator Red./Acresc | 46-Valor Unitário (R$) | 47-Valor Total (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 16/08/2021 | 14:27:56 | 14:27:56 | 22 | 10101039 | Consulta em pronto socorro | 001 | | | | | 132,00 |

**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 Beneficiario 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$) | 62 - Total de OPME (R$) | 63 - Total de Medicamentos (R$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R$) | 65 - Total Geral (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 132,00 |

| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado Executante |
|---|---|---|
| | | Maristela Gomes Gonçalves Pediatra CRM 10518 |

SANTOS. Data/Hora: 16/08/2021 17:15:51 Conta/Lote: 1849177 Atendimento: 3426489 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 1849177

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Davi Meduna Zen
**Nº da Carteirinha:** 2.33.6231
**Instituição:** Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

**Data de Nascimento:** 18/03/2009 **Nº da Guia:** 3621

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 16/08/2021 | 11:38:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|---|
| Choque com dispositivo fixo (**Ex.: bateu na parede, carteira**) | Cabeça |

**Descrição**

Ao realizar a atividade de Educação Física acabou escorregando e caindo. Isso fez com que o estudante batesse a parte de traz cabeça no chão. Foi possível notar um "galo" e vermelhidão no local do choque.

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|---|---|
| Vanessa Marques | (41) 3051-8700 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| Larissa Sanches da Silva | 16/08/2021 |

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

**Observações**

O Davi foi atendido na sala de apoio, colocamos gelo em sua cabeça. Avisamos os responsáveis por ligação telefônica e orientamos levar o estudante ao hospital de referência.

Ass.: Larissa Sanches

Larissa Sanches da Silva

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Clínica Adventista de Curitiba

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

2 - Nº Guia no Prestador 3423802000000

| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal |
|---|---|
| 000000 | 3423802000000 |

| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 12/08/2021 | ELEGIVEL | | 18612 |

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 2325123 | 30/12/2021 | JUAN PEDRO BUENO | | 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 | 17 -Número no Conselho | 18 -UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|---|---|---|---|
| LUCIO RICIERI PEROTTI | 6 | 27706 | 41 | 225270 | |

**Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados**

| 21-Caráter Atendim. | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 12/08/2021 | |

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento | 26 - Descrição | 27 - Qt.Solic. | 28 - Qt.Autoriz. |
|---|---|---|---|---|

**Dados do Contratado Executante**

| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES |
|---|---|---|
| 59 | LUCIO RICIERI PEROTTI | 15563 |

**Dados do Atendimento**

| 32 - Tipo Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|---|---|---|---|
| 11 | 9 | | |

**Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados**

| | 36-Data | 37-Hora Inicial | 38-Hora Final | 39-Tabela | 40-Procedimento | 41-Descrição | 42 - Qtde | 43-Via | 44-Tec | 45- Fator Red./Acresc | 46-Valor Unitário (R$) | 47-Valor Total (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 12/08/2021 | 15:33:18 | 15:33:18 | 22 | 10101039 | Consulta em pronto socorro | 001 | | | 1.00 | 132.00 | 132.00 |
| | 30/22420 | fratura de | Solange. | 1 | | | | | | | | 91,65 |

**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 Beneficiario ou Responsável

1- / / 3- / / 5- / / 7- / / 9- / /
2- / / 4- / / 6- / / 8- / / 10- / /

58 - Observações / Justificativa

Guia original

| 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$) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 132.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 270,65 ~~132.00~~ |

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

HOSPITAL pequeno PRÍNCIPE

**DADOS DO PACIENTE** CODIGO 00310226

Nome Paciente: JUAN PEDRO BUENO | Data Nasc: 15/09/2015 | Idade: 5 Anos 10 Meses 30 Dias Sexo: MASCULIN
Nome Mãe: DAYANE CHRISTINA ALVES | Nome Pai: | CNS do Paciente:

**DADOS DO ATENDIMENTO** CODIGO 03423802

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI | CRM: 27706 | Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA | Plano: EMPRESARIAL | Matrícula: 2325123
Data/Hora: 12/08/2021 - 15:33 | Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA

Responsável: DAYANE CHRISTINA ALVES | Grau de Parentesco: MAE | Telefone: 88515605

# Anamnese

## História da Doença Atual (HDA)

PACIENTE PRENDEU A MÃO DIREITA NA PORTA HOJE, EVOLUINDO COM EDEMA E DOR EM 2°, 3° E 4° DEDOS.

## Exame Físico

PERFUSÃO DISTAL PRESERVADA EM MÃO DIREITA.
EDEMA EM 2°, 3° E 4° DEDOS DA MÃO DIREITA.
SEM LESÕES DE PELE.

## Diagnóstico

FRATURA INCOMPLETA DE FALANGE MÉDIA DO 4° DEDO DA MÃO DIREITA.

## Tratamento/Conduta

CONFECCIONO TALA GESSADA ANTEBRAQUEODIGITAL.
RETORNO NO AMBULATÓRIO DIA 23/08/21 DE TARDE.

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI
CRM: 27706

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Juan Pedro Bueno
**Nº da Carteirinha:** 2.32.5123
**Instituição:** Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 15/09/2015 | **Nº da Guia:** 3609

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 12/08/2021 | 14:16:00 | Sala de Aula | Deslocamento interno |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|---|
| Prendeu na porta. | Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita |

**Descrição**

Prendeu os dedos na porta da sala de aula.

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|---|---|
| Professora Priscila | (41) 3051-8600 |

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

**Observações**

Ligado para a mãe e a mesma o levará ao HPP pelo colégio.

Prof. Rhoodi Nemitz
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Rudimar Roberto Nemitz

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Clínica Adventista de Curitiba

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

2 - Nº Guia no Prestador 3435732000000

| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal |
|---|---|
| 000000 | 3435732000000 |

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

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 375821 | 25/11/2021 | MIQUEIAS FELIPE FERREIRA | 898000979686662 | 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 | 17 -Número no Conselho | 18 -UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|---|---|---|---|
| LUIZ MULLER AVILA | 6 | 29757 | 41 | 225270 | |

**Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados**

| 21-Caráter Atendim. | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 25/08/2021 | |

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento | 26 - Descrição | 27 - Qt.Solic. | 28 - Qt.Autoriz. |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**Dados do Contratado Executante**

| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES |
|---|---|---|
| 59 | LUIZ MULLER AVILA | 15563 |

**Dados do Atendimento**

| 32 - Tipo Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|---|---|---|---|
| 11 | 9 | | |

**Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados**

| | 36-Data | 37-Hora Inicial | 38-Hora Final | 39-Tabela | 40-Procedimento | 41-Descrição | 42 - Qtde | 43-Via | 44-Tec | 45- Fator Red./Acresc | 46-Valor Unitário (R$) | 47-Valor Total (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 25/08/2021 | 20:50:27 | 20:50:27 | 22 | 10101039 | Consulta em pronto socorro | 001 | | | 30% | | 171,60 |

**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 Beneficiario 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$) | 62 - Total de OPME (R$) | 63 - Total de Medicamentos (R$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R$) | 65 - Total Geral (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 171,60 |

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

RITA. Data/Hora: 29/08/2021 21:30:03 Conta/Lote: 1854825 Atendimento: 3435732 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 1854825

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Miquéias Felipe Ferreira
**Nº da Carteirinha:** 3.7.5821
**Instituição:** Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

**Data de Nascimento:** 15/05/2006 | **Nº da Guia:** 3692

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 25/08/2021 | 10:20:00 | Quadra | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|---|
| Torção | Tornozelo Esquerdo |

**Descrição**

Estava correndo e torceu o tornozelo

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|---|---|
| Ruti do Carmo Silva | (41) 3051-8550 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| Ruti do Carmo Silva | 25/08/2021 |

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

**Observações**

Estava correndo e torceu o tornozelo

Ass.:

Sérgio Alves

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Clínica Adventista de Curitiba

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

2 - Nº Guia no Prestador **3424715000000**

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

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

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 278612 | 31/12/2021 | GABRIELA VITORIA RODRIGUES DA SIL | | 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 | 17 -Número no Conselho | 18 -UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|---|---|---|---|
| LUCAS KOJI MATSUZAKI | 6 | 40994 | 41 | 225230 | Lucas Koji Matsuzaki CRM/PR: 40994 |

**Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados**

| 21-Caráter Atendim. | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 13/08/2021 | |

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento | 26 - Descrição | 27 - Qt.Solic. | 28 - Qt.Autoriz. |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

**Dados do Contratado Executante**

| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES |
|---|---|---|
| 76591569000130 | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 15563 |

**Dados do Atendimento**

| 32 - Tipo Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|---|---|---|---|
| 11 | 9 | | |

**Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados**

| 36-Data | 37-Hora Inicial | 38-Hora Final | 39-Tabela | 40-Procedimento | 41-Descrição | 42 - Qtde | 43-Via | 44-Tec | 45- Fator Red./Acresc | 46-Valor Unitário (R$) | 47-Valor Total (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13108121 | 19:23 | | 10101039 | - | consulta em pronto socorro 01 30% | | | | | | 171,60 |
| | | | 30101784 | | sutura | | | | | | 91,65 |

**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 Beneficiario 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$) | 62 - Total de OPME (R$) | 63 - Total de Medicamentos (R$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R$) | 65 - Total Geral (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 310,28 |

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

HOSPITAL pequeno PRÍNCIPE

**DADOS DO PACIENTE** CODIGO 00328130

Nome Paciente: GABRIELA VITORIA RODRIGUES DA | Data Nasc: 08/04/2014 | Idade: 7 Anos 4 Meses 5 Dias | Sexo: FEMININO
Nome Mãe: ANA MARINES RODRIGUES DA SILVA | Nome Pai: JOARE PEREIRA DA SIL | CNS do Paciente:

**DADOS DO ATENDIMENTO** CODIGO 03424715

Medico(a): LUCAS KOJI MATSUZAKI | CRM: 40994 | Ambulatório: EMERGENCIA CONVENIOS
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA | Plano: EMPRESARIAL | Matrícula: 2.78.612
Data/Hora: 13/08/2021 - 19:23 | Tipo Atendimento: URGENCIA\\EMERGENCIA

Responsável: ANA MARINES RODRIGUES DA SILVA | Grau de Parentesco: MAE | Telefone: 36681826

# Anamnese

## História da Doença Atual (HDA)

Mãe refere que criança caiu no chao. Refere FCC em labio inferior. Nega sinais de alarme

## Exame Físico

beg, aaa
fcc em labio inferior, 0,5 cm, sem sangramento ativo

## Diagnóstico

fcc

## Tratamento/Conduta

limpeza + cola cirurgica
oriento cuidados

Lucas Koji Matsuzaki CRM/PR: 40994

Medico(a): LUCAS KOJI MATSUZAKI
CRM: 40994

Ot: 3R4715

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Gabriela Vitória Rodrigues da Silva
**Nº da Carteirinha:** 2.78.612
**Instituição:** Escola Adventista Pinhais-EIEF

**Data de Nascimento:** 08/04/2014 | **Nº da Guia:** 3620

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 13/08/2021 | 17:09:00 | Sala de Aula | Deslocamento interno |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|---|
| Choque com dispositivo fixo (**Ex.: bateu na parede, carteira**) | Lábios |

| Descrição |
|---|
| a aluna tropeçou no pé da carteira e veio a cair em cima da alça da mochila. Cortando seu lábio, houve sangramento. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|---|---|
| Profº Luciane | (41) 3097-7450 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---|---|
| Erik | 13/08/2021 |

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

| Observações |
|---|
| Aplicado gelo no local. |

Ass.: Erik Fernando dos Santos de Araújo

Erik Fernando Dos Santos De Araújo

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Clínica Adventista de Curitiba

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

2 - Nº Guia no Prestador 3437564000000

| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal |
|---|---|
| 000000 | 3437564000000 |

| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha | 6 - Data Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
|---|---|---|---|
| 27/08/2021 | ELEGIVEL | | 18656 |

**Dados do Beneficiário**

| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|---|---|---|---|---|
| 3708 | 31/12/2021 | NICOLE TEIXEIRA RECHARTE | | 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 | 17 -Número no Conselho | 18 -UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|---|---|---|---|---|
| VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO | 6 | 23262 | 41 | 225124 | |

**Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados**

| 21-Caráter Atendim. | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|---|---|---|
| 2 | 27/08/2021 | |

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento | 26 - Descrição | 27 - Qt.Solic. | 28 - Qt.Autoriz. |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Dra. Vanessa de Paula Pozzo Pediatra CRM 23.262-PR

**Dados do Contratado Executante**

| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES |
|---|---|---|
| RF | VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO | 15563 |

**Dados do Atendimento**

| 32 - Tipo Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|---|---|---|---|
| 11 | 9 | | |

**Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados**

| | 36-Data | 37-Hora Inicial | 38-Hora Final | 39-Tabela | 40-Procedimento | 41-Descrição | 42 - Qtde | 43-Via | 44-Tec | 45- Fator Red./Acresc | 46-Valor Unitário (R$) | 47-Valor Total (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 27/08/2021 | 13:37:03 | 13:37:03 | 22 | 10101039 | Consulta em pronto socorro | 001 | | | | | 132,00 |

**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 Beneficiario 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$) | 62 - Total de OPME (R$) | 63 - Total de Medicamentos (R$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R$) | 65 - Total Geral (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 132,00 |

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

Dra. Vanessa de Paula Pozzo Pediatra CRM 23.262-PR

CHRISIAN. Data/Hora: 27/08/2021 18:00:18 Conta/Lote: 1855938 Atendimento: 3437564 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 1855938 1/ 1

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Nicolle Teixeira Recharte
**Nº da Carteirinha:** 3.30.2488
**Instituição:** Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

**Data de Nascimento:** 09/07/2013 **Nº da Guia:** 3708

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|---|---|---|---|
| 27/08/2021 | 12:42:00 | Sala de Aula | atividade com frutas na sala de aula |

**O que aconteceu**

Aluna estava em atividade na sala de aula com frutas, e está com todas as terminações inchadas, vermelhas e doendo.

**Partes do corpo**

Rosto, Braço Direito, Braço Esquerdo, Mão Direita, Mão Esquerda

**Descrição**

Aluna estava em atividade na sala de aula com frutas, onde ingeriu Kiwi, e demonstrou uma alergia, com vermelhidão e inchaço nos braços, orelhas, mãos, e nariz.

**Testemunha da ocorrência**

Bárbara

**Telefone**

(41) 3028-5400

**Quem prestou primeiros socorros**

Luciana

**Data**

27/08/2021

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

**Observações**

Aluna voltou depois da aula com a mãe, para mostrar que os inchaços aumentaram e a vermelhidão também, por isso foi aberto encaminhamento para verificação do ocorrido.

Ass.:

Bárbara Dalpicolo Balieiro Rodrigues

**ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Dra. Vanessa de Paula Pozzo
Pediatra
CRM 23.202-PR