



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

RPS nº. 459887, Série: U, emitido em 10/01/2022, conversão em 10/01/2022

Número da Nota
439605
Data e Hora de Emissão
10/01/2022 00:00:00
Código de Verificação
QL45H20T

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA 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: INST ADVENTISTA SULBRAS 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:** gestaosaude@clinicaadventista.org.br

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICO HOSPITALAR| PIS (%) 0,00 R\$ 0,00 | COFINS (%)
0,00 R\$ 0,00

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 206,48

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$206,48

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	206,48	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.

Agrupamento: 3 - CONTAS AMBULATORIAIS - EX Tipo de Agrupamento: CONTA AMBULATORIAL

Remessa: 167451 Competência: 01/2022 Entrega: 10/01/2022

Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



Nota Fiscal:

Período

Início	Término	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
14/12/2021	14/12/2021	4751001	4751001	1919884	3540161 AMANDA BEATRIZ CAVALHEIRO	2324657	53,21
14/12/2021	14/12/2021	4800	4800	1919929	3540231 GABRIELLY LUIZA CARNIO MACIEL	3302648	53,21
09/12/2021	09/12/2021	4783	4783	1917325	3536018 LEVI ELDER MORAIS DE SOUZA	367848	51,39
06/12/2021	06/12/2021	4756	4756	1915049	3532040 NILTON MENDES FILHO	367580	48,67

Total : 4 206,48
Total Geral : 4 206,48

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal
 4 - Data de Autorização 14/12/2021 5 - Série 4751001 6 - Data Validade da Série 4751001 7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora 4751001
 8 - Número da Carteira 2324657 9 - Validade da Carteira 31/12/2021 10 - Nome AMANDA BEATRIZ CAVALHEIRO 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

Dados do Beneficiário
 13 - Código na Operadora 76591569000130 14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
 15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 25919 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 14/12/2021 23 - Indicação Clínica
 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.

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

Dados do Atendimento
 32 - Tipo Atendimento 05 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9 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 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red/Acrec	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
14/12/2021	09:47:32	09:47:32	22	40804054	RX - Joelho	001			1,00	53,21	53,21

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Sex. Prof. 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- / /

59 - Total Procedimentos (R\$) 53,21 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00 61 - Total Materiais (R\$) 0,00 62 - Total de OPMÉ (R\$) 0,00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00 64 - Total de Casos Medicinais (R\$) 0,00 65 - Total Geral (R\$) 53,21
 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

LIZINEIA. Data/Hora: 10/01/2022 08:1:06 Contato/ote: 1919884 Atendimento: 3540161 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
 1919884 1 / 1

3540161
1122151

1 - Registro ANS 000000
5 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
5 - Semia

6 - Data Validade da Semia

7 - Número da Guia Arbuldo pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2324657
9 - Validade da Carteira 31/12/2021

10 - Nome AMANDA BEATRIZ CAVALHEIRO

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 VICTOR HUGO MARIANO RAMOS

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 25919

18 - UF 41

19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim. 1
22 - Data da Solicitação 14/12/2021
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

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

31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 05
33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9
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-Procedimento	41-Descrição	42-Qtd	43-Via	44-Tec	45-Fator Red./Acresc	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
14/12/2021	09:47:32	09:47:32	22	40804054	RX - Joelho	001		1.00		53.21	53.21

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

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

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

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPRME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
53.21	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	53.21

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Victoria Sanders

BEATRIZ Date/Hora: 14/12/2021 09:47:43

Contato: 1919884

Atendimento: 3540161

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



REQUISIÇÃO DE EXAME

CENTRO DE IMAGEM CINTILOGRAFIA

Nome Carolina Cavalari Nº Registro _____

Idade _____ Sexo Masc. Fem. Particular Convênio SUS

Clínica _____ Amb. Emergência Quarto _____ Leito _____

Exames Requisitados: 1) Rx joelho (E) AP-D

2) _____

3) _____

Precisa de Anestesia Reação Prévia a Contraste Iodado

Radiografia no Leito? Sim Urgente Sim

Suspeita Clínica _____

Resumo Clínico _____

Tem exame anterior Não RX U.S T.A.C

No Pequeno Príncipe Outro Serviço

* No dia do Exame deverão acompanhar todos os Exames Radiológicos feitos anteriormente

Técnico R.X _____

Ctba, _____ de _____ de _____ Médico - CRM

Dr. Victor Hugo Ramos
CRM-PR 25.918
Ortopedia e Traumatologia

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Amanda Beatriz Cavalheiro
Nº da Carteira: 2.32.4657
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 17/11/2006

Nº da Guia: 4751.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
14/12/2021	08:04:00	Pátio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição
Torção no joelho esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Amigos	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Amigos	06/12/2021

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

Motivo do Retorno


Prof. Rudimar Roberto 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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Centro de Imagem
Radiologia Geral

Prontuário: 118890	Pedido: 1121151	Atend: 3540161
Paciente: AMANDA BEATRIZ CAVALHEIRO		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA	Cod. Exame: 82	
Médico Solicitante: VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	Data Pedido: 14/12/2021 09:47:00	
	Data Laudo: 16/12/2021 14:33:29	

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

*O Centro de Imagem segue o princípio ALARA (as low as reasonably achievable radiation dose) que utiliza a menor dose de radiação necessária para a realização dos exames.



MARCO ANTONIO NICOLODELLI
CRM: 14702

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPS/ADT**

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS
302701

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Sessão

6 - Data de Validade da Sessão

7 - Número da Guia Autorizada pelo Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Acordo com a Operadora

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cuidador do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Código SUSEC

28 - Código Aut

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CMLIS

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação do Atendimento (resumo ou descrição resumida)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red. Atenc.

46 - Valor Unidário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Req. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Susec

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

59 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

62 - Total de OPRVE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Medicamentos (R\$)

65 - Total de Medicamentos (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Rx re @ AP cobriguro

Deborah M...

Dr. Roberto...

107

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gabrielly Luiza Carnio Maciel
Nº da Carteira: 3.30.2648
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

Data de Nascimento: 16/08/2012

Nº da Guia: 4800

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/12/2021	08:47:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

A aluna torceu o pé na aula de Educação Física.

Testemunha da ocorrência

Carina

Telefone

(41) 3028-5400

Carina

(41) 3028-5400

Quem prestou primeiros socorros

Carina

Data

14/12/2021

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

Observações

A aluna teve torceu o pé na aula de Educação Física e foi encaminhada para o hospital para realizar o Raio X. E hoje esta retornando para avaliação e está autorizada a fazer o Raio X.

Ass.:

Gildeni Pereira Maciel 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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Centro de Imagem

Radiologia Geral

Prontuário: 160759	Pedido: 1121180	Atend: 3540231
Paciente: GABRIELLY LUIZA CARNIO MACIEL		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA	Cod. Exame: 94	
Médico Solicitante: VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	Data Pedido: 14/12/2021 10:22:00	
	Data Laudo: 16/12/2021 14:44:43	

RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

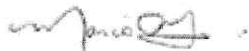
Incidências: frente e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Desmineralização óssea.

Relações articulares preservadas.

*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."



MARCO ANTONIO NICOLODELLI
CRM: 14702



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 3536018000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 09/12/2021	5 - Série 4783
6 - Data Validade da Série	7 - Número da Guia Arquivado pela Operadora 4783

8 - Número da Carteira 367848	9 - Validade da Carteira 31/12/2021	10 - Nome LEVI ELDER MORAIS DE SOUZA	12 - Atendimento a RN N
----------------------------------	--	---	----------------------------

13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante LUCA ERDMANN BINI CORDEIRO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 41467	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	---------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados	
21 - Caráter Atendim. 1	22 - Data da Solicitação 09/12/2021
23 - Indicação Clínica	

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

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

Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 05	33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada 9	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qide	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor Unitário (RS)	47 - Valor Total (RS)
1 09/12/2021	21:15:27	21:15:27	22	40803120	RX - Mão ou quirodactilo	001		1.00		51.39	51.39

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 (RS) 51.39	60 - Total Taxas e Aluguéis (RS) 0.00	61 - Total Materiais (RS) 0.00	62 - Total de CPME (RS) 0.00	63 - Total de Medicamentos (RS) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (RS) 0.00	65 - Total Geral (RS) 51.39
--	--	-----------------------------------	---------------------------------	---	---	--------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

LIZINEIA, Data/Hora: 10/01/2022 08:09:36 Contalote: 1917325 Atendimento: 3536018 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA





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

2 - Nº Guia no Prestador **3536018000000**

J. 3536018
R. 11, 9306

1 - Registro ANS
-000000

8 - Número da Guia Principal

6 - Data Validada da Semha

7 - Número da Guia Arbulado pela Operadora

4 - Data da Autorização

11 - Cartão Nacional de Saúde

5 - Semha

367848

9 - Validade da Carteira

31/12/2021

10 - Nome
LEVI ELDER MORAIS DE SOUZA

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

13 - Código na Operadora
76591569000130

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
LUCA ERDMANN BINI CORDEIRO

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

6

41467

41

225270

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendim.
1

22 - Data da Solicitação
09/12/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql.Solic.

28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76591569000130

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

31 - Código CNIES
15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
1 09/12/2021

37 - Hora Inicial-38-Hora Final
21:15:27 21:15:27

39 - Tabela
40-Processamento
40803120

41-Descrição
RX - Mão ou quirodactilo

42 - Qlde
001

43-Via

44-Tec

45 - Fator Red./Aprec.
1.00

46-Valor Unitário (R\$)
51,39

47-Valor Total (R\$)
51,39

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

48 - Seq.Pat.
49 - Grau Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

1- / /

2- / /

3- / /

4- / /

5- / /

6- / /

7- / /

8- / /

9- / /

10- / /

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Responsável pela Autorização

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de CPRAE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

51.39

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

51.39

66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

VANIA BRAZAO Data/Hora: 09/12/2021 21:21:53

Contat./Cte: 1917325

Atendimento: 3536018

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1917325

at: 3536 013

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Levi Elder Moraes de Souza
Nº da Carteira: 3.6.7848
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 26/05/2008

Nº da Guia: 4783

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/12/2021	17:05:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Direita

Descrição
em jogo a bola de basquete bateu no dedo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ricardo	(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros	Data
Janaina	09/12/2021

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

Observações
foi aplicado gelo e feita a imobilização

Ass.: 

Elian Kelvin dos Santos

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Centro de Imagem
Radiologia Geral

Prontuário: 584228	Pedido: 1119706	Atend: 3536018
Paciente: LEVI ELDER MORAIS DE SOUZA		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA	Cod. Exame: 76	
Médico Solicitante: LUCA ERDMANN BINI CORDEIRO	Data Pedido: 09/12/2021 21:15:00	
	Data Laudo: 10/12/2021 10:14:50	

RADIOGRAFIA DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO:

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital*.

Fratura da epífise proximal da falange média.

Congruência articular mantida.

Superfícies e espaços articulares preservados.

*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.



ANDRE VAZ
CRM: 37658

1 - Registro ANS 000000 5 - Numero da Guia Principal

4 - Data de Autorização 06/12/2021 5 - Semia 4756 6 - Data Validade da Semia

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora 4756

8 - Numero da Carteira 367580 9 - Validade da Carteira 30/12/2021 10 - Nome NILTON MENDES FILHO

11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

13 - Código na Operadora 76591569000130 14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ MULLER AVILA 16 - Conselho Profissional 6 17 - Numero no Conselho 29757 18 - UF 41 19 - Código OBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter Atendim. 1 22 - Data da Solicitação 06/12/2021 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - QI Solic. 28 - QI Autonc.

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

Dados do Atendimento 32 - Tipo Atendimento 05 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acess	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 06/12/2021	12:49:18	12:49:18	22	40804070	RX - Perna	001		1.00		48.67	48.67

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 - Numero 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\$) 48.67	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total Materiais (R\$) 0.00	62 - Total do OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 48.67
--------------------------------------	--	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------	---	------------------------------

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 3532040000000

3532040/1118330

1 - Registro ANS 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Autorizado pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

367580

9 - Validade da Carteira

30/12/2021

10 - Nome NILTON MENDES FILHO

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

LUIZ MULLER AVILA

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

29757

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Carrier Atendim.

1

22 - Data da Solicitação

06/12/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QI.Solic.

28 - QI.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

05

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

9

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 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	06/12/2021	12:49:18	12:49:18	22	RX - Perna	001		1,00		48,67	48,67
2	06/12/2021	12:49:18	12:49:18	22	RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)	001		1,00		48,67	48,67
3	06/12/2021	12:49:18	12:49:18	22	RX - Pe ou pododactilo	001		1,00		48,67	48,67

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Seq.Raf.	49 - Grau Part.	50 - Código na operador/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
---------------	-----------------	-----------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

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

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de CPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Médicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
146,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	146,01

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Anexo



3532005 448330

GUIA DE SERVIÇO FURTISSJUNAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 19085

1 - Registro ANS 0
 8 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
 5 - Semta

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira 367580
 9 - Validade da Carteira
 10 - Nome NILTON MENDES FILHO

Dados do Solicitante
 13 - Código na Operadora 59
 14 - Nome do Contratado LUIZ MULLER AVILA

15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ MULLER AVILA
 16 - Conselho Profissional 6
 17 - Número no Conselho 29757
 18 - UF 41
 19 - Código CBO 225270
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
 21 - Caráter Atendimento 2
 22 - Data da Solicitação 06/12/2021
 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
 1 40804070 RX - Perna
 2 40804072 RX - Pe ou pedacelillo
 3 40804089 RX - Articulacao Intoraxica (tornezio)

27 - Qlde. Solic. 1
 28 - Qlde. Aut. 1

Dados do Contratado Executante
 29 - Código na Operadora
 30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO 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	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Seq Ref. 49 - Grau Part. 49 - Código na operador/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Cons Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série
 1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)
 60 - Total Taxas e Anuidades (R\$)
 61 - Total Materiais (R\$)
 62 - Total de OPMIE (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: 06/12/2021 12:34:26

Atendimento: 3532005 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE



3532005

Guilherme Mendonça da Silva
MÉDICO
CRM-PR 43.803

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nilton Mendes Filho
 Nº da Carteira: 3.6.7580
 Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 10/02/2009 Nº da Guia: 4756

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/12/2021	10:30:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu: Torção
 Partes do corpo: Tornozelo Direito

Descrição: Estava em intervalo jogando bola na quadra, pisou na bola e torceu e pé.

Testemunha da ocorrência: Eduardo
 Telefone: (41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros: Janaina
 Data: 06/12/2021

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

Observações: Foi aplicado gelo no local e após alguns minutos colocado gelo, ficou em observação até a chegada do responsável para levar em um especialista.

Ass.: 

Elian Kelvin dos Santos

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
 Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Elian Kelvin dos Santos

1 de 1

6/12/2021 11:34

Centro de Imagem
Radiologia Geral

Prontuário: 28246	Pedido: 1118330	Atend: 3532040
Paciente: NILTON MENDES FILHO		
Convênio: CLINICA ADVENTISTA	Cod. Exame: 93	
Médico Solicitante: LUIZ MULLER AVILA	Data Pedido: 06/12/2021 12:49:00	
	Data Laudo: 08/12/2021 18:03:04	

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA:

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital*.

Estruturas ósseas sem alterações radiográficas.

Congruência articular mantida.

Superfícies e espaços articulares preservados.

Partes moles sem alterações apreciáveis.

*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.



ANDRE VAZ
CRM: 37658