



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**  
RPS nº. 519628, Série: U, emitido em 18/05/2023, conversão em  
18/05/2023

Número da Nota  
499236  
Data e Hora de Emissão  
18/05/2023 00:00:00  
Código de Verificação  
41SX460C

**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:** IGUAÇU, 001472 - BAIRRO: ÁGUA VERDE - CEP: 80240030 **Tel.:** 41 - 33101010  
**Município:** CURITIBA **UF:** PR **Email:** luis.lima@hpp.org.br

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRAS DESAUDE  
**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 | PIS (%) 0.00 R\$ 0.00 | COFINS (%)  
0.00 R\$ 0.00 COMEPP REMESSA 55118

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 1.161,70

**VALOR TOTAL DA NOTA - R\$1.161,70**

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                           | 1.161,70              | 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](http://nota.curitiba.pr.gov.br)

Associação Adventista Sul  
Brasileira de Saúde



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO  
HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE E HOSPITAL DE CRIANÇAS CÉSAR PERNETA

R. Desembargador Motta, 1070 - CEP 80.250-060 - Curitiba -PR  
CNPJ 76.591.569/0001-30 - Inscrição Estadual Isento  
Telefone (41) 3310-1334 Fax (41) 3222-5262

Faturas por paciente

| Fatura nº                               |                              | Convênio                                     |                        |                                      |             | Protocolo            |                                                        | Nota Fiscal |  | RPS          |  | Vencimento |  |
|-----------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|-------------|----------------------|--------------------------------------------------------|-------------|--|--------------|--|------------|--|
| 055118/2023                             |                              | 304 INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE |                        |                                      |             |                      |                                                        |             |  |              |  | 20/06/2023 |  |
| Item                                    | Paciente<br>Senha            | Matricula                                    | Data e Hora de Entrada | Médico                               | Atendimento | Guia<br>Procedimento |                                                        | Produção    |  | Tx Disponib. |  | Total      |  |
| 0005                                    | ALICE MOSELE DE OLIVEIRA     | 2376861                                      | 21/03/2023 10:44:00    | 48557 HELDER DE MOURA VILLELA JUNIOR | 3.965,641   | 3965641<br>10101039  | Consulta Em Pronto Socorro                             | 158,00      |  | 56,01        |  | 214,01     |  |
| 0006                                    |                              |                                              |                        |                                      |             | 30101794             | Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento | 91,65       |  |              |  | 91,65      |  |
| Total do Paciente                       |                              |                                              |                        |                                      |             |                      |                                                        | 249,65      |  |              |  | 305,66     |  |
| 0003                                    | ANGELINA ALVES DA CRUZ CZECK | 10809                                        | 17/04/2023 10:18:00    | 42918 ANGELO ANTONIO GONÇALVES DE    | 3.993,317   | 3993317<br>10101039  | Consulta Em Pronto Socorro                             | 158,00      |  | 56,01        |  | 214,01     |  |
| Total do Paciente                       |                              |                                              |                        |                                      |             |                      |                                                        | 158,00      |  | 56,01        |  | 214,01     |  |
| 0002                                    | MATHEUS GIACOMINI MIRANDA    | 2337771                                      | 18/04/2023 10:52:00    | 8585 VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA      | 3.994,740   | 399474<br>10101039   | Consulta Em Pronto Socorro                             | 158,00      |  | 56,01        |  | 214,01     |  |
| Total do Paciente                       |                              |                                              |                        |                                      |             |                      |                                                        | 158,00      |  | 56,01        |  | 214,01     |  |
| 0001                                    | RAFAEL DE AZEVEDO GOLEMB     | 32211805                                     | 02/05/2023 17:03:00    | 14762 SOLANGE DE SOUZA AYEITTA       | 4.008,578   | 4008578<br>10101039  | Consulta Em Pronto Socorro                             | 158,00      |  | 56,01        |  | 214,01     |  |
| Total do Paciente                       |                              |                                              |                        |                                      |             |                      |                                                        | 158,00      |  | 56,01        |  | 214,01     |  |
| 0004                                    | YOHANNA BEATRIZ SEMPREBOM    | 2375922                                      | 27/03/2023 12:19:00    | 30511 FRANCISCO CARLOS YOKOYAMA      | 3.971,998   | 3971998<br>10101039  | Consulta Em Pronto Socorro                             | 158,00      |  | 56,01        |  | 214,01     |  |
| Total do Paciente                       |                              |                                              |                        |                                      |             |                      |                                                        | 158,00      |  | 56,01        |  | 214,01     |  |
| Total da Fatura (Valor+Taxa):55118/2023 |                              |                                              |                        |                                      |             |                      |                                                        | 881,65      |  | 280,05       |  | 1.161,70   |  |

1 - Registro ANS 000000  
5 - Número da Guia Principal 4008578000000  
4 - Data de Autorização 02/05/2023  
5 - Senha 000045425123

6 - Data Validade da Sanha  
7 - Número da Guia Ambulatório pela Operadora  
000045425123

Dados do Beneficiário  
8 - Número da Carteira 32211805  
9 - Validade da Carteira 10/10/2023  
10 - Nome RAFAEL DE AZEVEDO GOLEMBA  
11 - Cartão Nacional de Saúde 898004996043352  
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 SOLANGE DE SOUZA AYETTA BARRETO CESAR  
16 - Conselho Profissional 6  
17 - Número no Conselho 14762  
18 - UF 41  
19 - Código CBO 225124  
20 - Assinatura do Profissional Solicitante *Solange de S. Ayetta*  
CRM 14762

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados  
21 - Caráter Atendim. 2  
22 - Data de Solicitação 02/05/2023  
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 59  
30 - Nome do Contratado SOLANGE DE SOUZA AYETTA BARRETO CESAR  
31 - Código CNES 15563

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados  
36 - Data 02/05/2023  
37 - Hora Inicial 17:03:21  
38 - Hora Final 17:03:21  
39 - Tabela 22  
40 - Procedimento 10101039  
41 - Descrição Consulta em pronto socorro  
42 - Qte. 001  
43 - Via  
44 - Tec 1.00  
45 - Fator Red./Acresc 158.00  
46 - Valor Unitário (R\$) 158.00  
47 - Valor Total (R\$) 158.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)  
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operadora/CPE 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- / /

59 - Total Procedimentos (R\$) 158.00  
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00  
61 - Total Materiais (R\$) 0.00  
62 - Total de OPMs (R\$) 0.00  
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00  
64 - Total de Gastos Medicinais (R\$) 0.00  
65 - Assinatura do Contratado *Dra Solange de S. Ayetta*  
CRM 14762

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Murilo Moura Camargo  
**Nº da Carteira:** 2.78.688  
**Instituição:** Colégio Adventista Pinhais



**Data de Nascimento:** 13/08/2012

**Nº da Guia:** 11052

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 02/05/2023         | 10:56:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu                                                | Partes do corpo |
|----------------------------------------------------------------|-----------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Olho Direito    |

## Descrição

O aluno estava na aula de educação física tapimbol e a rede pegou no olho do aluno.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Nailson                  | (41) 3097-7450 |

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

## Observações

O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informado a responsável (mãe) e encaminhando ambos para o hospital de referência.

Nailson Veras  
Coord. Disciplinar

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

Nailson Veras do Nascimento

**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)

|                                |                                             |
|--------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS               | 3 - Número da Guia Principal                |
| 4 - Data de Autorização        | 5 - Sessão                                  |
| 6 - Data de Validade da Sessão | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |

**EMERGÊNCIA/CONVÊNIO**

|                        |                          |                             |                               |                       |
|------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome                   | 11 - Centro Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|                        |                          | Rafael da Veereto (Semenha) |                               |                       |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 13 - Código na Operadora |  |
| 14 - Nome do Contratado  |  |

|                                                                      |                                   |                                |                |                        |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------|------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>15 - Nome do Profissional Solicitante</b>                         | <b>16 - Conselho Profissional</b> | <b>17 - Número no Conselho</b> | <b>18 - UF</b> | <b>19 - Código CBO</b> | <b>20 - Assinatura do Profissional Solicitante</b> |
| Dados da Solicitação / Procedimento ou Item Assistencial Solicitados |                                   |                                |                |                        |                                                    |

|                              |                                                  |                        |
|------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------|
| 21 - Caracter do Atendimento | 22 - Data da Solicitação                         | 23 - Indicação Clínica |
| <input type="checkbox"/>     | 10/21/05/120123                                  | EU SO : S009           |
| 24 - Etiqueta                | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição         |
|                              |                                                  |                        |

consulte sa fed

| Dados do Contrato Executado |                          |                          |                                     |                          |                          |                                     |                          |                          |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                     |                                                    |                                             |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <p><b>29 - Código na Operadora</b></p> <p>_____</p> | <p><b>30 - Nome do Contratado</b></p> <p>_____</p> | <p><b>31 - Código CNES</b></p> <p>_____</p> |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|

|                          |                                                             |                          |                                            |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo de Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta    | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                   |

[illegible][illegible][illegible][illegible]

55-Data de Realização de Procedimentos em Série 37-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

2. 100% correct

4. 100% correct

6. 100% correct

8. 100% correct

9. 100% correct

10. 100% correct

St. Observazio / Justificatio

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)    |  |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) |  |
| 61 - Total de Materiais (R\$)        |  |
| 62 - Total de CPME (R\$)             |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)     |  |
| 64 - Total de Outras Despesas (R\$)  |  |
| 65 - Total Geral (R\$)               |  |

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Estado  
Lange  
CRM 14.12.20  
pedra

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

2 - Nº Guia no Prestador 3994740000000

1 - Registro ANS 000000 5 - Número da Guia Principal 3994740000000

4 - Data da Autorização 18/04/2023 5 - Sanha 10851

Dados do Beneficiário 9 - Validade da Carteira 31/12/2023 10 - Nome MATHEUS GIACOMINI MIRANDA

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 VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 8585 18 - UF 41 19 - Código CBO 225124 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Caracter Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 18/04/2023 23 - Indicação Clínica 27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

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

Dados do Atendimento 32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada 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 - Qlde 43 - Via 44 - Tec 45 - Fatur Red/Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

1 18/04/2023 10:52:41 10:52:41 22 10101039 Consulta em pronto socorro 001 158,00

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 Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa 59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de OPRM (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

VERA.BARBOSA Data/Hora: 18/04/2023 10:59:51 Conta/Lote: 2201434 Atendimento: 3994740 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 2201434

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Matheus Giacomini Miranda  
Nº da Carteira: 2.33.7771  
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 27/02/2012

Nº da Guia: 10851

| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade            |
|--------------------|----------|-------|----------------------|
| 18/04/2023         | 08:32:00 | Pátio | Deslocamento interno |

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

## Descrição

O aluno estava aguardando para ir para sala quando não viu o pilar vindo a bater o torax, o aluno disse que estava com dor.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Daniele                  | (41) 3051-8700 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Daniele                         | 18/04/2023 |

| Local de atendimento                      | Endereço           | Nº       | Bairro     | Telefone                         |
|-------------------------------------------|--------------------|----------|------------|----------------------------------|
| Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA) | Rua XV de Novembro | 222<br>3 | Alto da Xv | (41) 3218-2000<br>(41) 3218-2181 |

## Observações

Ele veio ao apoio escolar tentei entrar em contato via ligação para avisar os pais mas não consegui iria passar um whats.

Ass.:

Daniele Novaes Torino

Dra. Vera Hamiko Barbosa  
CRM-PR 8585

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)

111

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Angelina Alves da Cruz Czeck  
**Nº da Carteira:** 3.26.4157  
**Instituição:** Colégio Adventista Portão - EIEFM



**Data de Nascimento:** 09/11/2008

**Nº da Guia:** 10809

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 17/04/2023         | 08:05:00 | Ginásio | Aula de educação física |

### O que aconteceu

Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)

### Partes do corpo

Mão Esquerda, Cabeça

### Descrição

A aluna estava na aula de educação física, foi pegar a bola e se chocou com outra aluna. Caiu no chão e bateu a parte de trás da cabeça.

### Testemunha da ocorrência

Everton Reis Bigaiski

### Telefone

(41) 3028-5430

### Quem prestou primeiros socorros

Luciana Tavares Franco

### Data

17/04/2023

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

### Observações

O aluno foi atendido pela monitora em nossa unidade e encaminhado para atendimento no hospital pequeno príncipe.

Ass.:

*Maira Cardoso Ribi*

Maira Cardoso Ribi

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)



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

2 - Nº Guia no Prestador 3971998000000

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Arbuldo pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2375922

9 - Validade da Carteira

30/12/2023

10 - Nome

YOHANNA BEATRIZ SEMPREBOM

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM  
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

FRANCISCO CARLOS YOKOYAMA

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

30511

18 - UF

41

19 - Código CBO

225150

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

27/03/2023

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

11

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

1 27/03/2023

37 - Hora Inicial

12:19:41

38 - Hora Final

12:19:41

39 - Tabela

22

40 - Procedimento

10101039

41 - Descrição

Consulta em mronh sncmrr

42 - Qlde

001

43 - Via

001

44 - Tec

001

45 - Fator Red./Acresc

001

46 - Valor Unitário (R\$)

001

47 - Valor Total (R\$)

001

558,00

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- / /

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

FRANCISCO. Data/Hora: 27/03/2023 15:18:19. Contato/cole: 2188198. Atendimento: 3971998. Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2188198

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Yohanna Beatriz Semprebom  
**Nº da Carteira:** 2.37.5922  
**Instituição:** Colégio Adventista Centenário - EIEFM



**Data de Nascimento:** 23/01/2008

**Nº da Guia:** 10428

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 27/03/2023         | 11:02:00 | Quadra | Aula de educação física |

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

## Descrição

Em aula de Educação Física a aluna Yohanna chocou-se com uma colega, caiu, bateu a cabeça e em seguida relata sentir tontura e teve episódios de vômito.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Professora Pâmela        | (41) 3051-8660 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Tânia Mara de Oliveira          | 27/03/2023 |

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

## Observações

A aluna foi atendida pela professora Pâmela e coordenação da escola, encaminhada para o Hospital de referência. Feito contato com o pai que compareceu ao colégio e acompanhará a remoção da aluna na ambulância, até à unidade de saúde indicada.

Ass.:

*Eula Cavalheiro*  
Orientação Educacional

Eula De Almeida Cavalheiro

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)

|                                                                                                                                                                                                                            |                                                                      |                                                                                         |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                                                                 |                                                                      | 3 - Número da Guia Principal                                                            |                           |
| 4 - Data da Autorização                                                                                                                                                                                                    |                                                                      | 5 - Senha                                                                               |                           |
| 6 - Data Validade da Senha                                                                                                                                                                                                 |                                                                      | 7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora                                             |                           |
| 8 - Número da Carteira<br>2376861                                                                                                                                                                                          |                                                                      | 9 - Validade da Carteira<br>30/12/2023                                                  |                           |
| 10 - Nome<br>ALICE MOSELE DE OLIVEIRA                                                                                                                                                                                      |                                                                      | 11 - Cartão Nacional da Saúde                                                           |                           |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                 |                                                                      |                                                                                         |                           |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                      |                                                                      |                                                                                         |                           |
| 13 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                                                                                                                                                 |                                                                      | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                           |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>HELDER DE MOURA VILLELA JUNIOR                                                                                                                                                    |                                                                      | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                         |                           |
| 17 - Número no Conselho<br>48557                                                                                                                                                                                           |                                                                      | 18 - UF<br>41                                                                           |                           |
| 19 - Código CBO<br>225230                                                                                                                                                                                                  |                                                                      | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br>Helder Villela Junior<br>CRM-PR-48557    |                           |
| 21 - Carteira Atendim.<br>2                                                                                                                                                                                                |                                                                      | 22 - Data da Solicitação<br>21/03/2023                                                  |                           |
| 23 - Indicação Clínica                                                                                                                                                                                                     |                                                                      | 27 - Ql.Solic.                                                                          |                           |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento                                                                                                                                                                                 |                                                                      | 26 - Descrição<br>3005494 - Sutura p. Perimetor<br>60023384 - XOXO 0600                 |                           |
| Dados do Contratado Executante                                                                                                                                                                                             |                                                                      |                                                                                         |                           |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                                                                                                                                                 |                                                                      | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                           |
| Dados do Atendimento                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                                                         |                           |
| 32 - Tipo Atendimento<br>11                                                                                                                                                                                                |                                                                      | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)<br>9                        |                           |
| 34 - Tipo de Consulta                                                                                                                                                                                                      |                                                                      | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                              |                           |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                                                                                                                                                      |                                                                      |                                                                                         |                           |
| 36 - Data<br>37 - Hora Inicial 38 - Hora Final<br>39 - Tabela<br>40 - Procedimento<br>41 - Descrição<br>42 - Qlde<br>43 - Via<br>44 - Tec<br>45 - Fator Red./Acresc<br>46 - Valor Unitário (R\$)<br>47 - Valor Total (R\$) | 10101039 - EM PRONTO SOCORRO<br>30101784 - Sutura<br>158,00<br>91,65 |                                                                                         |                           |
| 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                                                                                                                                                                          |                                                                      |                                                                                         |                           |
| 1- / /                                                                                                                                                                                                                     | 2- / /                                                               | 3- / /                                                                                  | 4- / /                    |
| 5- / /                                                                                                                                                                                                                     | 6- / /                                                               | 7- / /                                                                                  | 8- / /                    |
| 9- / /                                                                                                                                                                                                                     | 10- / /                                                              |                                                                                         |                           |
| 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                                                                                             |                                                                      |                                                                                         |                           |
| 58 - Observações / Justificativa<br>Histórico XOX - 10000 unidades R\$ 1.563,10 - fornecido: Hospital Pequeno Príncipe<br>R\$ 248,65                                                                                       |                                                                      |                                                                                         |                           |
| 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 Médicos (R\$)                                                       |                           |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>248,65                                                                                                                                                                                           |                                                                      | 66 - Assinatura do Contratado                                                           |                           |
| 67 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                                                                            |                                                                      |                                                                                         |                           |

HEIDER. Data/Hora: 21/03/2023 10:44:06

Conta/Lote: 2184595

Atendimento: 3965641

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2184595

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alice Mosele de Oliveira  
Nº da Carteira: 2.37.6861  
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 11/03/2017 Nº da Guia: 10258

| Data da Ocorrência | Horário  | Local        | Atividade               |
|--------------------|----------|--------------|-------------------------|
| 21/03/2023         | 09:07:00 | Sala de Aula | Aula de outras matérias |

## O que aconteceu

## Partes do corpo

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Rosto

## Descrição

Aluna estava no intervalo, quando se chocou com um colega e caiu batendo a testa no chão. A queda causou um hematoma seguido de corte. Aluna consciente e estável, mas com dores no local do trauma.

## Testemunha da ocorrência

## Telefone

Prof. Carmem

(41) 3051-8660

## Quem prestou primeiros socorros

## Data

Prof. Carmem

21/03/2023

## Local de atendimento

## Endereço

## Nº Bairro

## Telefone

Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

107 Água Verde, Curitiba  
0 - PR

(41) 3310-1000  
(41) 3310-1326

## Observações

A aluna foi atendida pela Prof. Carmem, que encaminhou o caso para a equipe administrativa, que realizou o encaminhamento da Alice para o Hospital de Referência. Foi feito o contato com a mãe, que solicitou auxílio da Vó, que acompanhará a aluna a Unidade de Saúde.

Ass.:

Alexandro Gaspar  
Vice Diretor Escolar  
CAC

Alexandro Antônio Procópio Gaspar

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: <http://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)

Zimbra

vinicius.wolski@hpp.org.br

---

**RES: HPP - Solicitação beneficiária: Alice Mosele de Oliveira - Cartão: 2376861**

---

**De :** CLAC - Leticia Carvalho  
<assistenciamedica@clinicaadventista.org.br>

qui., 13 de abr. de 2023 11:36

**Assunto :** RES: HPP - Solicitação beneficiária: Alice Mosele de  
Oliveira - Cartão: 2376861

**Para :** 'Vinicius Henrique Wolski'  
<vinicius.wolski@hpp.org.br>

As imagens externas não são exibidas. [Exibir as imagens abaixo](#)

---

Bom dia

Autorizado!

Att.  
Leticia Carvalho  
Analista da Assistência Médica  
Clinica Adventista

**De:** Vinicius Henrique Wolski <vinicius.wolski@hpp.org.br>

**Enviada em:** quarta-feira, 12 de abril de 2023 14:18

**Para:** atendimento@clinicaadventista.org.br; gestaosaude@clinicaadventista.org.br;  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br

**Assunto:** HPP - Solicitação beneficiária: Alice Mosele de Oliveira - Cartão: 2376861

Prezados, boa tarde.

Paciente supracitada, foi atendida em nossa unidade de Pronto Atendimento com guia de encaminhamento sob número: 10258.

Porém, precisou realizar o procedimento: 30101794 Sutura de P. Ferimento X 01 com a utilização de Cola Histoacryl X 01.

Solicitamos a autorização do pedido médico em anexo, e ou a confirmação para cobrança dos itens junto à guia de encaminhamento inicial.

Grato.

Att,

Vinicius Henrique Wolski  
Coordenador de Autorizações  
Eletivas, Emergenciais e Internados  
41.3310.1011 - 41 99624.5694  
[vinicius.wolski@hpp.org.br](mailto:vinicius.wolski@hpp.org.br)

Hospital Pequeno Príncipe [www.hpp.org.br](http://www.hpp.org.br) **Complexo Pequeno  
Príncipe** [www.pequenoprincipe.org.br](http://www.pequenoprincipe.org.br)

---



DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: ALICE MOSELE DE OLIVEIRA  
Data Nasc: 11/03/2017  
Nome Mãe: FRANCYELLEN DE ALMEIDA MOSELE  
Endereço: RUA ESPER JORGE CHUERI - ATE 814/8  
Cidade: CURITIBA  
Responsável: FRANCYELLEN DE ALMEIDA MOSELE

Nome Pai: MARCIO DE OLIVEIRA J  
Número: 440  
Bairro: CAJURU  
Telefone: 96837683

Idade: 6 Anos 0 Mês 10 Dias Sexo: FEMININO  
CNS do Paciente:  
Complemento: CASA 08  
CEP: 82920190 UF: PR  
Grau de Parentesco: MAE

CODIGO 03965641

DADOS DO ATENDIMENTO

Médico(a): HELDER DE MOURA VILLELA JUNIOR  
Data/Hora: 21/03/2023 - 10:19  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

CRM: 48557

Plano: EMPRESARIAL

Unid. Internação:  
Leito:  
Matrícula: 2376861

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

Na cia da mãe, relata colisão contra colega na escola com fcc. Nega alterações no nível de consciência, vômitos, convulsão ou qualquer outro sinal neurológico. Interação normalmente. Vacinas atualizadas

Exame Físico

beg chaaa  
ativa e reativa  
gcs 15  
pifr  
fcc fronte, 1cm, profundo, sem sangramento ativo

Diagnóstico

fcc

Tratamento/Conduta

limpeza e cola cirúrgica  
orientações sobre cuidados, sinais de alarme e retorno imediato se necessário

Hélder Villela Júnior  
CRM-PR 48557

Médico(a): HELDER DE MOURA VILLELA JUNIOR  
CRM: 48557

Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1821/2007, no sistema certificado SIBS-CFM nº 063, por  
HELDER DE MOURA VILLELA JUNIOR, CPF 07843238956, às 11:14 GMT-03:00 de 21/03/2023.  
Estado: Assinatura digital válida

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (UTC-03:00).



Documento C468-V1882

Paciente 00445378

Atendimento 03965641

