



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**  
RPS nº. 521648, Série: U, emitido em 01/06/2023, conversão em  
01/06/2023

Número da Nota  
501254  
Data e Hora de Emissão  
01/06/2023 00:00:00  
Código de Verificação  
ZBGY3G0W

**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:** 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 SERVIÇO HOSPITALAR | PIS (%) 0,00 R\$ 0,00 | COFINS (%)  
0,00 R\$ 0,00

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 70,23

**VALOR TOTAL DA NOTA - R\$70,23**

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                           | 70,23                 | 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 isentos do ISS.

|                 |            |                                |      |                                         |                                |
|-----------------|------------|--------------------------------|------|-----------------------------------------|--------------------------------|
| Agrupamento: 2  |            | - CONTAS AMBULATORIAIS - P. S  |      | Tipo de Agrupamento: CONTA AMBULATORIAL |                                |
| Remessa: 197237 |            | Competência: 06/2023           |      | Entrega: 02/06/2023                     |                                |
| Convênio: 59    |            | CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |      |                                         |                                |
| Nota Fiscal:    |            |                                |      |                                         |                                |
| Período         |            |                                |      |                                         |                                |
| Início          | Término    | Guia TISS                      | Guia | Nr.Conta                                | Atendimento                    |
| 12/05/2023      | 12/05/2023 | 11259                          |      | 11259 2216538                           | 4020216 PEDRO HENRIQUE FEITOSA |
|                 |            |                                |      |                                         | Nr. Carteira                   |
|                 |            |                                |      |                                         | 2791688                        |
|                 |            |                                |      |                                         | Valor                          |
|                 |            |                                |      |                                         | 70,23                          |
| Total :         |            |                                |      |                                         | 1                              |
| Total Geral :   |            |                                |      |                                         | 1                              |
|                 |            |                                |      |                                         | 70,23                          |

|                                       |  |                                                     |  |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000            |  | 5 - Número da Guia Principal                        |  |
| 4 - Data da Autorização<br>12/05/2023 |  | 5 - Sanita<br>11259                                 |  |
| 6 - Data Validade da Sanita           |  | 7 - Número da Guia Autubido pela Operadora<br>11259 |  |
| 8 - Número da Carteira<br>2791688     |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2023              |  |
| 10 - Nome<br>PEDRO HENRIQUE FEITOSA   |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                          |  |

|                                                                      |  |                                                                                         |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Dados do Solicitante                                                 |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |
| 13 - Código na Operadora<br>76591569000130                           |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                         |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>MARIA OFELIA CAMORIM FATUCH |  | 17 - Número no Conselho<br>10589                                                        |  |
| 18 - UF<br>41                                                        |  | 19 - Código CBO<br>225124                                                               |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                          |  |                                                                                         |  |

|                                                          |  |                                        |  |
|----------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados |  | 23 - Indicação Clínica                 |  |
| 21 - Carteira Atendim.<br>2                              |  | 22 - Data da Solicitação<br>12/05/2023 |  |
| 24 - Tabela                                              |  | 25 - Código do Procedimento            |  |
| 26 - Descrição                                           |  | 27 - QI.Solic.                         |  |
| 28 - QI.Autoriz.                                         |  |                                        |  |

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

|                                            |  |                                                             |  |
|--------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|
| Dados do Atendimento                       |  | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>23                |  | 34 - Tipo de Consulta                                       |  |
| 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |  |                                                             |  |

|                                                       |  |                                                        |  |
|-------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados |  | 41 - Descrição                                         |  |
| 36 - Data<br>12/05/2023                               |  | 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final<br>20:42:00 20:42:00 |  |
| 39 - Tabela                                           |  | 40 - Procedimento<br>40801012                          |  |
| 42 - QIe                                              |  | 43 - Via                                               |  |
| 44 - Tec                                              |  | 45 - Fator Red./Acreso                                 |  |
| 46 - Valor Unitário (R\$)                             |  | 47 - Valor Total (R\$)                                 |  |
| 70.23                                                 |  | 70.23                                                  |  |

|                                                    |  |                            |  |
|----------------------------------------------------|--|----------------------------|--|
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) |  | 52 - Conselho Profissional |  |
| 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 - / /                                       |  |

|                                  |  |                                    |  |
|----------------------------------|--|------------------------------------|--|
| 59 - Total Procedimentos (R\$)   |  | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)  |  |
| 70.23                            |  | 0.00                               |  |
| 61 - Total Materiais (R\$)       |  | 62 - Total de CPME (R\$)           |  |
| 0.00                             |  | 0.00                               |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$) |  | 64 - Total de Casos Medicais (R\$) |  |
| 0.00                             |  | 0.00                               |  |
| 65 - Total Geral (R\$)           |  | 70.23                              |  |

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

|                               |  |                               |  |
|-------------------------------|--|-------------------------------|--|
| 68 - Assinatura do Contratado |  | 69 - Assinatura do Contratado |  |
|                               |  |                               |  |

|                                          |  |                                |  |
|------------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| BIANCA.                                  |  | Data/Hora: 31/05/2023 09:25:51 |  |
| Conta/Lote: 2216538                      |  | Atendimento: 4020216           |  |
| Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |  | 2216538                        |  |

|                                                            |  |                              |  |                                                              |  |                                             |  |
|------------------------------------------------------------|--|------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| 1 - Registro AHS<br>0                                      |  | 3 - Número da Guia Principal |  | 6 - Data Validade da Senha                                   |  | 7 - Número da Guia Atribuído para Operadora |  |
| 4 - Data de Autorização                                    |  | 5 - Senha                    |  | 8 - Data Validade da Senha                                   |  | 9 - Número da Guia Atribuído para Operadora |  |
| Dados do Beneficiário                                      |  |                              |  | 10 - Nome                                                    |  |                                             |  |
| 8 - Número da Carteira                                     |  |                              |  | PEDRO HENRIQUE FEITOSA                                       |  |                                             |  |
| 2791688                                                    |  |                              |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                                |  |                                             |  |
| Dados do Solicitante                                       |  |                              |  | 12 - Atendimento a RN                                        |  |                                             |  |
| 13 - Código na Operadora                                   |  |                              |  | N                                                            |  |                                             |  |
| 59                                                         |  |                              |  | 14 - Nome do Contratado                                      |  |                                             |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante                      |  |                              |  | MÁRIA OFELIA CAMORIM FATUCH                                  |  |                                             |  |
| MÁRIA OFELIA CAMORIM FATUCH                                |  |                              |  | 16 - Conselho Profissional                                   |  |                                             |  |
| 21 - Cartão Atendimento                                    |  |                              |  | 6                                                            |  |                                             |  |
| 22 - Data da Solicitação                                   |  |                              |  | 17 - Número no Conselho                                      |  |                                             |  |
| 12/05/2023                                                 |  |                              |  | 10589                                                        |  |                                             |  |
| 23 - Indicação Clínica                                     |  |                              |  | 18 - UF                                                      |  |                                             |  |
| 24 - Tabela                                                |  |                              |  | 41                                                           |  |                                             |  |
| 25 - Código do Procedimento                                |  |                              |  | 19 - Código CBO                                              |  |                                             |  |
| 40801012                                                   |  |                              |  | 225124                                                       |  |                                             |  |
| 26 - Descrição                                             |  |                              |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                  |  |                                             |  |
| RX - Crânio - 2 incidências                                |  |                              |  | 27 - Qtd. Solic.                                             |  |                                             |  |
| 1                                                          |  |                              |  | 28 - Qtd. Aut.                                               |  |                                             |  |
| 22                                                         |  |                              |  | 1                                                            |  |                                             |  |
| Dados do Contratado Executante                             |  |                              |  | 31 - Código CNES                                             |  |                                             |  |
| 29 - Código na Operadora                                   |  |                              |  | 15563                                                        |  |                                             |  |
| 30 - Nome do Contratado                                    |  |                              |  | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |                                             |  |
| 32 - Tipo Atendimento                                      |  |                              |  | 33 - Tipo Atendimento                                        |  |                                             |  |
| 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada) |  |                              |  | 34 - Tipo de Consulta                                        |  |                                             |  |
| 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 36 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| Dados do Atendimento                                       |  |                              |  | 37 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 38 - Tipo Atendimento                                      |  |                              |  | 39 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada) |  |                              |  | 40 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                      |  |                              |  | 41 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 42 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 36 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 43 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 37 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 44 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 38 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 45 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 39 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 46 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 40 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 47 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 41 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 48 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 42 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 49 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 43 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 50 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 44 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 51 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 45 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 52 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 46 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 53 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 47 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 54 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 48 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 55 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 49 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 56 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 50 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 57 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 51 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 58 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 52 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 59 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 53 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 60 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 54 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 61 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 55 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 62 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 56 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 63 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 57 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 64 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 58 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 65 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 59 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 66 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 60 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 67 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 61 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 68 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 62 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 69 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 63 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 70 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 64 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 71 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 65 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 72 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 66 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 73 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 67 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 74 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 68 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 75 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 69 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 76 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 70 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 77 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 71 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 78 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 72 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 79 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 73 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 80 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 74 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 81 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 75 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 82 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 76 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 83 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 77 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 84 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 78 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 85 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 79 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 86 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 80 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 87 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 81 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 88 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 82 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 89 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 83 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 90 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 84 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 91 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 85 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 92 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 86 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 93 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 87 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 94 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 88 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 95 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 89 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 96 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 90 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 97 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 91 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 98 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 92 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 99 - Motivo de Encerramento do Atendimento                   |  |                                             |  |
| 93 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 100 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |  |                                             |  |
| 94 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 101 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |  |                                             |  |
| 95 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 102 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |  |                                             |  |
| 96 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 103 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |  |                                             |  |
| 97 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 104 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |  |                                             |  |
| 98 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 105 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |  |                                             |  |
| 99 - Motivo de Encerramento do Atendimento                 |  |                              |  | 106 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |  |                                             |  |
| 100 - Motivo de Encerramento do Atendimento                |  |                              |  | 107 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |  |                                             |  |
| 101 - Motivo de Encerramento do Atendimento                |  |                              |  | 108 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |  |                                             |  |
| 102 - Motivo de Encerramento do Atendimento                |  |                              |  | 109 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |  |                                             |  |
| 103 - Motivo de Encerramento do Atendimento                |  |                              |  | 110 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |  |                                             |  |
| 104 - Motivo de Encerramento do Atendimento                |  |                              |  | 111                                                          |  |                                             |  |

Impresso por: ACESSOPRD      Data/Hora: 12/05/2023 20:42:53

Atendimento: 4020216

Convênio:

CLINICA ADVENTISTA DE

4020216

MARIA OFELIA FATUCH  
CRM/PR 10.589

1 - Registro ANS 4020216 1098452

3 - Número da Guia Principal 000000

4 - Data de Autorização 12/05/2023

5 - Sanha 11259

6 - Data Validade da Sanha 31/12/2023

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 11259

8 - Número da Carteira 2791688

9 - Validade da Carteira 31/12/2023

10 - Nome PEDRO HENRIQUE FEITOSA

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 MARIA OFELIA CAMORIM FATUCH

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 10589

18 - UF 41

19 - Código CBO 225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim. 2

22 - Data da Solicitação 12/05/2023

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 76591569000130

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 04

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9

34 - Tipo de Consulta 1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 12/05/2023 37 - Hora Inicial 20:42:00 38 - Hora Final 20:42:00 39 - Tabela 22

40 - Procedimento 40801012

41 - Descrição RX - Cranio - 2 incidencias

42 - Cida 001

43 - Via 44 - Tec 1.00

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$) 70.23

47 - Valor Total (R\$) 70.23

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

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 70.23

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 56.01

61 - Total Materiais (R\$) 0.00

62 - Total do CPME (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00

65 - Total Geral (R\$) 126.24

66 - Assinatura da Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

JOELMA.

Data/Hora: 12/05/2023 20:45:39

Conta/Lote: 2216538

Atendimento: 4020216

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2216538



1/1



Prescrição.: 5783685 Data Prescrição: 12/05/2023 20:42  
Setor Solic: EMERGENCIA CONVENIOS NR Carteira: 2791688  
Atendimento: 4020216 Validade:  
Paciente...: 623507 - PEDRO HENRIQUE FEITOSA Nasc: 19/04/2017 6a 0m 23d  
Origem Atd.: EMERGENCIA CONVENIOS Classificação de Risco: URG  
Convênio...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Serviço: PEDIATRIA  
Prestador...: 10589 MARIA OFELIA CAMORIM FATUCH  
Acomodação.: Leito:  
Unid Intern:  
Cid.....: S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA  
MARIA.FATUCH

Usuário:

### Classificação de Risco: URGENTE

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado

Para: RADIOLOGIA

Prescrição:



Material Loc. Anatômico

Accession Number

| Exames:                        | Qtd. | Pedido                                                                                       | Data Coleta         |
|--------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| RADIOGRAFIA DE CRANIO PA - LAT | 1    | <br>1298452 | 12/05/2023<br>20:42 |

| Cod. Fatur.                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>0001676827 AT 32010010 |

MARIA OFELIA CAMORIM FATUCH  
CRM 10589

MARIA OFELIA FATUCH  
CRM/PR 10.589

**Centro de Imagem**  
**Radiologia Geral**

|             |                               |                     |                                    |           |                     |
|-------------|-------------------------------|---------------------|------------------------------------|-----------|---------------------|
| Prontuário: | 623507                        | Pedido:             | 1298452                            | Atend:    | 4020216             |
| Paciente:   | <b>PEDRO HENRIQUE FEITOSA</b> |                     |                                    |           |                     |
| Convênio:   | CLINICA ADVENTISTA            | Médico Solicitante: | MARIA OFELIA CAMORIM FATUCH COELHO |           |                     |
| Dt Pedido:  | 12/05/2023 20:42:00           | Dt Imagem:          | 12/05/2023 20:54:45                | Dt Laudo: | 15/05/2023 13:52:07 |

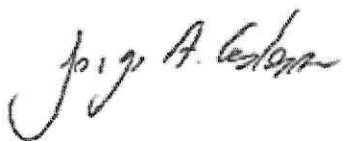
**RADIOGRAFIA DE CRÂNIO**

Os seguintes aspectos foram observados:

Calota craniana de aspecto radiográfico normal.

Estruturas da base do crânio dentro normal radiográfico.

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



**JORGE ALBERTO LEDESMA**  
CRM: 5962

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Henrique Feitosa  
Nº da Cartelrinha: 2.79.1688  
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 19/04/2017

Nº da Guia: 11259

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade            |
|--------------------|----------|--------|----------------------|
| 12/05/2023         | 14:08:00 | Escada | Deslocamento interno |

O que aconteceu Partes do corpo

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Olho Esquerdo

## Descrição

O aluno estava subindo a escada para a sala de aula quando tropeçou e bateu a testa do lado esquerdo sobre o olho.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Gisele

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Data

Meire

12/05/2023

| 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 Orientadora Educacional com gelo no local e a mãe foi comunicada sobre o ocorrido por telefone.

Ass.:

Luciane Diaz  
Vice Diretora Escolar  
Luciane Diaz

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](mailto:curitiba.clinicaadventista.org.br)

*Luciane*