



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

RPS nº. 523452, Série: U, emitido em 15/06/2023, conversão em 15/06/2023

Número da Nota	503055
Data e Hora de Emissão	15/06/2023 00:00:00
Código de Verificação	C8L0H10V

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INSTITUICAO 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:** FATURAMENTO@HPP.ORG.BR

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICO HOSPITALARI | PIS (%) 0,00 R\$ 0,00 | COFINS (%)
0,00 R\$ 0,00 COMEPP REMESSA 55259

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 1.545,47

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$1.545,47

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	1.545,47	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.



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

R: Desembargador Moita, 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

Item Paciente	Matrícula	Data e Hora de Entrada	Médico	Atendimento	Guia Procedimento	Protocolo	Nota Fiscal	RPS	Produção	Tx Disponib.	Vencimento	Total
055259/2023											20/07/2023	
0006 GUSTAVO FREITAS COSTA	2791128	04/05/2023 17:31:00	23262 VANESSA REGINA MEZZOMO DE	4.011.283	4011283				158,00	56,01		214,01
									158,00	56,01		214,01
									Total do Paciente			214,01
0002 ISABELLA MAESTRELLI WIGGERS	11398	19/05/2023 10:55:00	14652 SIMONE BORGES DA SILVEIRA	4.026.853	4026853				158,00	56,01		214,01
									158,00	56,01		214,01
									Total do Paciente			214,01
0004 JULIA PROENCA	2337312	04/05/2023 17:34:00	7381 FELIPE NICOLAU ABRAHAO JUNIOR	4.011.285	4011285				158,00	56,01		214,01
									158,00	56,01		214,01
									Total do Paciente			214,01
0007 KENDRA MIYUKI VIANA YOMURA	2376482	23/05/2023 20:17:00	22083 GINA LOURDES PONTES ROJAS	4.031.207	4031207				158,00	56,01		214,01
									205,40	56,01		261,41
									Total do Paciente			261,41
0003 LAVINIA FARIA GONCALVES DOS SANTOS	11605	30/05/2023 15:57:00	8961 NILTON KIESEL FILHO	4.038.329	4038329				158,00	56,01		214,01
									158,00	56,01		214,01
									Total do Paciente			214,01
0001 LEANDRO CIRINO DOS SANTOS	2791415	02/06/2023 13:16:00	28084 ELAINE DE ALMEIDA KUZUO	4.041.705	4041705				158,00	56,01		214,01
									158,00	56,01		214,01
									Total do Paciente			214,01
0005 MURILO MOURA CAMARGO	278688	02/05/2023 14:04:00	14762 SOLANGE DE SOUZA AYETTA	4.008.373	4008373				158,00	56,01		214,01
									158,00	56,01		214,01
									Total do Paciente			214,01
									Total da Fatura (Valor+Taxa):55259/2023			1.545,47

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

2 - Nº Guia no Prestador 4041705000000

1 - Registro ANS 000000
 3 - Número da Guia Principal 4041705000000

4 - Data da Autorização 5 - Sentia
 6 - Data Validade da Sentia
 7 - Número da Guia Arbulado pela Operadora

8 - Número da Carteira 2791415
 9 - Validade da Carteira 30/07/2026
 10 - Nome LEANDRO CIRINO DOS SANTOS
 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 ELAINE DE ALMEIDA KUZUO
 16 - Conselho Profissional 6
 17 - Número no Conselho 28084
 18 - UF 41
 19 - Código CBO 225124
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
 21 - Carter Atendimento 2
 22 - Data da Solicitação 02/06/2023
 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 28 - Descrição 27 - QI.Solic. 28 - QI.Autoriz.

Dados do Contratado Executante
 29 - Código na Operadora 59
 30 - Nome do Contratado ELAINE DE ALMEIDA KUZUO
 31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento
 32 - Tipo Atendimento 23
 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9
 34 - Tipo de Consulta
 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42 - Qtd	43-Via	44-Tec	45-Fator Real./Acresc	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1 02/06/2023	13:16:07	13:16:07	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001		1.00		158.00	158.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Seq.Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operador/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

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

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

58 - Observações / Justificativa
 59 - Total Procedimentos (R\$) 158.00
 60 - Total Taxas e Aluguis (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 Gases Medicinais (R\$) 0.00
 65 - Total Geral (R\$) 158.00

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

ELIANE. Data/Hora: 02/06/2023 15:49:48 Contat/ote: 2228762 Atendimento: 4041705 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RH

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Elaine Kuzuo
Pediatra
CRM/PR 28.004

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtda. Solic.

28 - Qtda. Aut.

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtda.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Par. 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 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Elaine Cristina dos Santos

Dr. Elaine Kuzuo
Pediatra
CRM/PR 28.084

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Leandro Cirino dos Santos
Nº da Carteira: 2.79.1415
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 13/05/2016

Nº da Guia: 11692

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/06/2023	11:25:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

Aluno estava brincando com um colega, e se trombaram onde ele acabou caindo e bateu a cabeça no chão. Consequente aluno está com um galo na cabeça e sente dor.

Testemunha da ocorrência

Ana Carolina

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Ana Carolina

Data

02/06/2023

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

Observações

Aluno foi atendido na escola, colocamos gelo, entramos em contato com a mãe, e fizemos encaminhamento para o hospital.

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Rogério Pereira De Santana

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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000
 5 - Número da Guia Principal 4026853000000
 4 - Data da Autorização 19/05/2023
 5 - Senha ELEGIVEL
 6 - Data Validade da Senha
 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora 20383

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira 11398
 9 - Validade da Carteira 31/12/2023
 10 - Nome ISABELLA MAESTRELLI WIGGERS
 12 - Atendimento a RVU 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 SIMONE BORGES DA SILVEIRA
 16 - Conselho Profissional 6
 17 - Número no Conselho 14652
 18 - UF 41
 19 - Código CBO 225124
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante *EM ANEXO*

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
 21 - Caráter Atendim. 2
 22 - Data da Solicitação 19/05/2023
 23 - Indicação Clínica

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

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59
 30 - Nome do Contratado SIMONE BORGES DA SILVEIRA
 31 - Código CNES 15563

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	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42 - Qtd	43-Via	44-Tec	45- Fator Red./Acresc	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1	19/05/2023	10:55:19	10:55:19	22	Consulta em pronto socorro	001					558,00

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

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série
 1- / /
 2- / /
 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 5- / /
 6- / /
 7- / /
 8- / /
 9- / /
 10- / /

58 - Observações / Justificativa
 59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de OPRME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Casos Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 558,00
 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Isabella Maestrelli Wiggers
Nº da Carteira: 3.30.2024
Instituição: Escola Adventista Vista Alegre - EIEF

Data de Nascimento: 17/10/2010

Nº da Guia: 11398

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/05/2023	09:11:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Rosto, Cabeça

Descrição

Na aula de educação física na brincadeira a aluna e o colega se chocaram e a mesma bateu o nariz no ferro da trave, a aluna chegou na escola com a cabeça doendo, devido a batida aumentou a dor. A batida foi na região do nariz.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Wictor	4130285400

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Rosangela	19/05/2023

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

Observações

A aluna foi atendida pela monitora e a mãe foi avisada via telefone.

Ass.: _____

Tamiris Paz

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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador **4038329000000**

1 - Registro ANS **000000** 3 - Número da Guia Principal **4038329000000** 5 - Senha **1605** 6 - Data Validade da Senha **20405** 7 - Número da Guia Ambulatório pela Operadora **20405**

4 - Data de Autorização **30/05/2023** 5 - Nome do Beneficiário **1605** 9 - Validade da Carteira **31/12/2023** 10 - Nome **LAVINIA FARIA GONCALVES DOS SANT** 11 - Cartão Nacional de Saúde **898004808531064** 12 - Atendimento a R# **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 **NILTON KIESEL FILHO** 16 - Conselho Profissional **6** 17 - Número no Conselho **8961** 18 - UF **41** 19 - Código CBO **225124** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **EMANEXO**

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
 21 - Caracter. Atendim. **2** 22 - Data da Solicitação **30/05/2023** 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 **NILTON KIESEL FILHO** 31 - Código CNES **15563**

Dados do Atendimento
 32 - Tipo Atendimento **23** 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) **9** 34 - Tipo de Consulta **35** - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acess	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	30/05/2023	15:57:03	15:57:03	22	Consulta em pronto socorro	001		1,00		158,00	158,00

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- / /

38 - Observações / Justificativa
 57 - Assinatura do Responsável pela Autorização
 58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável **EMANEXO**
 59 - Total Procedimentos (R\$) **158,00** 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) **0,00** 61 - Total Materiais (R\$) **0,00** 62 - Total de OPME (R\$) **0,00** 63 - Total de Medicamentos (R\$) **0,00** 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) **0,00** 65 - Total Geral (R\$) **158,00**
 66 - Assinatura do Contratado

ELIANE. Data/Hora: 30/05/2023 17:25:20 Conta/Lote: 2227045 Atendimento: 4038329 Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA 2227045 1 / 1

1 - Regi. ANS

3 - Número da Guia Principal

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

4 - Data da Autorização

5 - Senha

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

27 - Qtd. Solt.

28 - Qtd. Aut.

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

14 - Nome do Contratado

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

21 - Cartão Nacional de Saúde

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

27 - Qtd. Solt.

28 - Qtd. Aut.

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

27 - Qtd. Solt.

28 - Qtd. Aut.

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Items Assistenciais Solicitados

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solt.

28 - Qtd. Aut.

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solt.

28 - Qtd. Aut.

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNEC

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

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

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

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total da Op.ME (R\$)

63 - Assinatura do Contratado

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total de R\$ (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Total de Gases Medicinais (R\$)

69 - Total de R\$ (R\$)

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Contratado

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Contratado

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Contratado

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Contratado

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Assinatura do Contratado

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Contratado

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Assinatura do Contratado

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Contratado

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Contratado

129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Assinatura do Contratado

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Assinatura do Contratado

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Assinatura do Contratado

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Assinatura do Contratado

137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Assinatura do Contratado

139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Assinatura do Contratado

141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Assinatura do Contratado

143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Assinatura do Contratado

145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Assinatura do Contratado

147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Assinatura do Contratado

149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Assinatura do Contratado

151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Assinatura do Contratado

153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Assinatura do Contratado

155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Assinatura do Contratado

157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Assinatura do Contratado

159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Assinatura do Contratado

161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Assinatura do Contratado

163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Assinatura do Contratado

165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Assinatura do Contratado

167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Assinatura do Contratado

169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Assinatura do Contratado

171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Assinatura do Contratado

173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Assinatura do Contratado

175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Assinatura do Contratado

177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Assinatura do Contratado

179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Assinatura do Contratado

181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Assinatura do Contratado

183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Assinatura do Contratado

185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Assinatura do Contratado

187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Assinatura do Contratado

189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Assinatura do Contratado

191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Assinatura do Contratado

193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Assinatura do Contratado

195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Assinatura do Contratado

197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198 - Assinatura do Contratado

199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Lavinia Faria Gonçalves dos Santos
Nº da Carteira: 3.26.9395
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 03/07/2015 **Nº da Guia:** 11605

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/05/2023	15:05:00	Banheiro	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Rosto, Braço Esquerdo, Cabeça

Descrição

A aluna escorregou dentro da banheiro bateus a cabeça e caiu em cima do braço.

Testemunha da ocorrência

Gabriele

Telefone

(41) 3028-5430

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde, Curitiba
- PR

Telefone

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

Observações

A aluna foi atendida na enfermaria do colégio e encaminhada para atendimento.

Ass.:

Maira C. 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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS
000000

8 - Número da Guia Principal
4011285000000

5 - Semha

6 - Data Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2337312

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
JULIA PROENCA

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
FELIPE NICOLAU ABRAHAO JUNIOR

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
7381

18 - UF
41

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
EMANEXO

21 - Caráter Atendim.
2

22 - Data da Solicitação
04/05/2023

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
FELIPE NICOLAU ABRAHAO JUNIOR

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
04/05/2023

37 - Hora Inicial
17:34:15

38 - Hora Final
17:34:15

39 - Tabela
22

40 - Procedimento
10101039

41 - Descrição
Consulta em pronto socorro

42 - Qlde
001

43 - Via
001

44 - Tsc
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 operador/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional.

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

1 - / /

2 - / /

3 - / /

4 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

56 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)
158.00

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

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

65 - Total Geral (R\$)
158.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

EMANEXO

ELIANE.

Data/Hora: 04/05/2023 18:48:38

Contat./ote: 2211392

Atendimento: 4011285

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2211392

1 - Registr. ANS _____ 3 - Número da Guia Principal _____
 4 - Data de Autorização _____ 5 - Senha _____
 6 - Data de Validade da Senha _____ 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____
 8 - Número da Carteira _____ 9 - Validade da Carteira _____ 10 - Nome JULIA PROENÇA
 11 - Cartão Nacional de Saúde _____ 12 - Atendimento a RM _____

Dados do Beneficiário
 13 - Código na Operadora _____ 14 - Nome do Contratado Dr. Felipe N. Abrão Jr.
 15 - Nome do Profissional Solicitante Dr. Felipe N. Abrão Jr. Pediatra CRM 7381-1P
 16 - Conselho Profissional DFP
 17 - Número do Conselho 7381
 18 - UF DF
 19 - Código CBO _____
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Felipe N. Abrão Jr. Pediatra CRM 7381-1P

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados
 21 - Caráter do Atendimento D 22 - Data de Solicitação 04/05/2023 23 - Indicação Clínica LTID S009
 24 - Tabela _____ 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial _____ 26 - Descrição CBUSCITA MEDICA
 27 - Qtd. Solic. _____ 28 - Qtd. Aut. _____

Dados do Contratado Excitante
 29 - Código na Operadora _____ 30 - Nome do Contratado _____ 31 - Código CNES _____

Dados do Atendimento
 32 - Tipo de Atendimento _____ 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) _____ 34 - Tipo de Consulta _____ 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento _____

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - V/A	44 - Tec.	45 - Fator Red./Incr.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1- / /	00	00									
2- / /											
3- / /											
4- / /											
5- / /											

Identificação do(s) Profissional(is) Escitante(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 - Observação / Justificativa _____
 59 - Total de Procedimentos (R\$) _____ 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) _____ 61 - Total de Materiais (R\$) _____ 62 - Total de OPRs (R\$) _____ 63 - Total de Medicamentos (R\$) _____ 64 - Total de Gases Médicos (R\$) _____ 65 - Total Geral (R\$) _____

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização _____
 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____
 68 - Assinatura do Contratado _____
Dr. Felipe N. Abrão Jr. Pediatra CRM 7381-1P

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Júlia Proença
Nº da Carteira: 2.33.7312
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 04/07/2018

Nº da Guia: 11099

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/05/2023	14:35:00	Pátio	Deslocamento interno

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

Descrição
a aluna estava se deslocando para aula de ginastica, quando um aluno passou correndo e esbarrou nela fazendo com ela caísse vindo a aluna machucar o nariz.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Vanessa	(41) 3018-7001

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Vanessa	04/05/2023

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

Observações
A aluno foi atendido na sala da monitoria pela professora Vanessa.

Ass.:

Daniele Novaes Torino

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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000
 2 - Número da Guia Principal 4008373000000
 3 - Data de Autorização 02/05/2023
 4 - Senha 11052
 5 - Data Validade da Senha
 6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20306
 7 - Nome do Beneficiário MURILO MOURA CAMARGO
 8 - Validade da Carteira 31/12/2023
 9 - Nome do Profissional Solicitante ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
 10 - Nome do Profissional Solicitante
 11 - Cartão Nacional de Saúde
 12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante
 13 - Código na Operadora 76591569000130
 14 - Nome do Contratado
 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 EMANEXO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
 21 - Caracter Atendimento 2
 22 - Data da Solicitação 02/05/2023
 23 - Indicação Clínica
 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
 27 - QI, Solic. 28 - QI, Autoriz.

Dados do Contratado Executante
 29 - Código na Operadora 59
 30 - Nome do Contratado SOLANGE DE SOUZA AYETTA BARRETO CESAR
 31 - Código CNE: 15563

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	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - QI de	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acess	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
02/05/2023	14:04:03	14:04:03	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001		1.00		158.00	158.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operador(a)/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
 59 - Total Procedimentos (R\$) 158.00
 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00
 61 - Total Materiais (R\$) 0.00
 62 - Total de OPME (R\$) 0.00
 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00
 65 - Total Geral (R\$) 158.00
 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 68 - Assinatura do Contratado

clínica ADVERTISTA DE CURTUBA

SECTOR EMERGÊNCIA/CONVÊNIO

2 - Nº do Convênio

3 - Nome do Convênio

4 - Endereço do Convênio

5 - Cidade do Convênio

6 - Estado do Convênio

7 - Data de Início do Convênio

8 - Data de Término do Convênio

9 - Nome do Responsável pelo Convênio

10 - Assinatura do Responsável pelo Convênio

11 - Nome do Responsável pelo Convênio

12 - Assinatura do Responsável pelo Convênio

13 - Nome do Responsável pelo Convênio

14 - Assinatura do Responsável pelo Convênio

15 - Nome do Responsável pelo Convênio

16 - Assinatura do Responsável pelo Convênio

17 - Nome do Responsável pelo Convênio

18 - Assinatura do Responsável pelo Convênio

19 - Nome do Responsável pelo Convênio

20 - Assinatura do Responsável pelo Convênio

21 - Nome do Responsável pelo Convênio

22 - Assinatura do Responsável pelo Convênio

23 - Nome do Responsável pelo Convênio

24 - Assinatura do Responsável pelo Convênio

25 - Nome do Responsável pelo Convênio

26 - Assinatura do Responsável pelo Convênio

27 - Nome do Responsável pelo Convênio

28 - Assinatura do Responsável pelo Convênio

29 - Nome do Responsável pelo Convênio

30 - Assinatura do Responsável pelo Convênio

31 - Nome do Responsável pelo Convênio

32 - Assinatura do Responsável pelo Convênio

33 - Nome do Responsável pelo Convênio

34 - Assinatura do Responsável pelo Convênio

1 - Registro Ams: 2 - Número da Guia Principal:

3 - Data de Autorização: 4 - Nome do Beneficiário:

5 - Nome do Responsável: 6 - Assinatura do Responsável:

7 - Nome do Responsável: 8 - Assinatura do Responsável:

9 - Nome do Responsável: 10 - Assinatura do Responsável:

11 - Nome do Responsável: 12 - Assinatura do Responsável:

13 - Nome do Responsável: 14 - Assinatura do Responsável:

15 - Nome do Responsável: 16 - Assinatura do Responsável:

17 - Nome do Responsável: 18 - Assinatura do Responsável:

19 - Nome do Responsável: 20 - Assinatura do Responsável:

21 - Nome do Responsável: 22 - Assinatura do Responsável:

23 - Nome do Responsável: 24 - Assinatura do Responsável:

25 - Nome do Responsável: 26 - Assinatura do Responsável:

27 - Nome do Responsável: 28 - Assinatura do Responsável:

29 - Nome do Responsável: 30 - Assinatura do Responsável:

31 - Nome do Responsável: 32 - Assinatura do Responsável:

33 - Nome do Responsável: 34 - Assinatura do Responsável:

35 - Nome do Responsável: 36 - Assinatura do Responsável:

37 - Nome do Responsável: 38 - Assinatura do Responsável:

39 - Nome do Responsável: 40 - Assinatura do Responsável:

41 - Nome do Responsável: 42 - Assinatura do Responsável:

43 - Nome do Responsável: 44 - Assinatura do Responsável:

45 - Nome do Responsável: 46 - Assinatura do Responsável:

47 - Nome do Responsável: 48 - Assinatura do Responsável:

49 - Nome do Responsável: 50 - Assinatura do Responsável:

51 - Nome do Responsável: 52 - Assinatura do Responsável:

53 - Nome do Responsável: 54 - Assinatura do Responsável:

55 - Nome do Responsável: 56 - Assinatura do Responsável:

57 - Nome do Responsável: 58 - Assinatura do Responsável:

59 - Nome do Responsável: 60 - Assinatura do Responsável:

61 - Nome do Responsável: 62 - Assinatura do Responsável:

63 - Nome do Responsável: 64 - Assinatura do Responsável:

65 - Nome do Responsável: 66 - Assinatura do Responsável:

67 - Nome do Responsável: 68 - Assinatura do Responsável:

69 - Nome do Responsável: 70 - Assinatura do Responsável:

71 - Nome do Responsável: 72 - Assinatura do Responsável:

73 - Nome do Responsável: 74 - Assinatura do Responsável:

75 - Nome do Responsável: 76 - Assinatura do Responsável:

77 - Nome do Responsável: 78 - Assinatura do Responsável:

79 - Nome do Responsável: 80 - Assinatura do Responsável:

81 - Nome do Responsável: 82 - Assinatura do Responsável:

83 - Nome do Responsável: 84 - Assinatura do Responsável:

85 - Nome do Responsável: 86 - Assinatura do Responsável:

87 - Nome do Responsável: 88 - Assinatura do Responsável:

89 - Nome do Responsável: 90 - Assinatura do Responsável:

91 - Nome do Responsável: 92 - Assinatura do Responsável:

93 - Nome do Responsável: 94 - Assinatura do Responsável:

95 - Nome do Responsável: 96 - Assinatura do Responsável:

97 - Nome do Responsável: 98 - Assinatura do Responsável:

99 - Nome do Responsável: 100 - Assinatura do Responsável:

MURIELA MOURA CORREIA

Solange Ayetta CRM 14762

Solange Ayetta CRM 14762

02/05/2023

CPJO - SADI

MURIELA MOURA CORREIA

21 - Categoria do Atendimento: 22 - Data da Solicitação:

23 - Tipo de Atendimento: 24 - Indicação Clínica:

25 - Categoria do Procedimento ou Item Assistencial: 26 - Descrição:

27 - Data: 28 - Quantidade:

29 - Código na Operadora: 30 - Nome da Operadora:

31 - Código CNES:

32 - Tipo de Atendimento: 33 - Indicação de Acidente (Justificativa ou descrição relacionada):

34 - Tipo de Consulta: 35 - Horário de Encaminhamento do atendimento:

36 - Guia: 37 - Hora Inicial: 38 - Hora Final: 39 - Hora do Procedimento: 40 - Descrição:

41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100 -

41 - Valor Total (R\$):

42 - Valor Total (R\$):

43 - Valor Total (R\$):

44 - Valor Total (R\$):

45 - Valor Total (R\$):

46 - Valor Total (R\$):

47 - Valor Total (R\$):

48 - Valor Total (R\$):

49 - Valor Total (R\$):

50 - Valor Total (R\$):

51 - Valor Total (R\$):

52 - Valor Total (R\$):

53 - Valor Total (R\$):

54 - Valor Total (R\$):

55 - Valor Total (R\$):

56 - Valor Total (R\$):

57 - Valor Total (R\$):

58 - Valor Total (R\$):

59 - Valor Total (R\$):

60 - Valor Total (R\$):

61 - Valor Total (R\$):

62 - Valor Total (R\$):

63 - Valor Total (R\$):

64 - Valor Total (R\$):

65 - Valor Total (R\$):

66 - Valor Total (R\$):

67 - Valor Total (R\$):

68 - Valor Total (R\$):

69 - Valor Total (R\$):

70 - Valor Total (R\$):

71 - Valor Total (R\$):

72 - Valor Total (R\$):

73 - Valor Total (R\$):

74 - Valor Total (R\$):

75 - Valor Total (R\$):

76 - Valor Total (R\$):

77 - Valor Total (R\$):

78 - Valor Total (R\$):

79 - Valor Total (R\$):

80 - Valor Total (R\$):

81 - Valor Total (R\$):

82 - Valor Total (R\$):

83 - Valor Total (R\$):

84 - Valor Total (R\$):

85 - Valor Total (R\$):

86 - Valor Total (R\$):

87 - Valor Total (R\$):

88 - Valor Total (R\$):

89 - Valor Total (R\$):

90 - Valor Total (R\$):

91 - Valor Total (R\$):

92 - Valor Total (R\$):

93 - Valor Total (R\$):

94 - Valor Total (R\$):

95 - Valor Total (R\$):

96 - Valor Total (R\$):

97 - Valor Total (R\$):

98 - Valor Total (R\$):

99 - Valor Total (R\$):

100 - Valor Total (R\$):

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

58 - Assinatura do Responsável: 59 - Assinatura do Responsável:

60 - Assinatura do Responsável: 61 - Assinatura do Responsável:

62 - Assinatura do Responsável: 63 - Assinatura do Responsável:

64 - Assinatura do Responsável: 65 - Assinatura do Responsável:

66 - Assinatura do Responsável: 67 - Assinatura do Responsável:

68 - Assinatura do Responsável: 69 - Assinatura do Responsável:

70 - Assinatura do Responsável: 71 - Assinatura do Responsável:

72 - Assinatura do Responsável: 73 - Assinatura do Responsável:

74 - Assinatura do Responsável: 75 - Assinatura do Responsável:

76 - Assinatura do Responsável: 77 - Assinatura do Responsável:

78 - Assinatura do Responsável: 79 - Assinatura do Responsável:

80 - Assinatura do Responsável: 81 - Assinatura do Responsável:

82 - Assinatura do Responsável: 83 - Assinatura do Responsável:

84 - Assinatura do Responsável: 85 - Assinatura do Responsável:

86 - Assinatura do Responsável: 87 - Assinatura do Responsável:

88 - Assinatura do Responsável: 89 - Assinatura do Responsável:

90 - Assinatura do Responsável: 91 - Assinatura do Responsável:

92 - Assinatura do Responsável: 93 - Assinatura do Responsável:

94 - Assinatura do Responsável: 95 - Assinatura do Responsável:

96 - Assinatura do Responsável: 97 - Assinatura do Responsável:

98 - Assinatura do Responsável: 99 - Assinatura do Responsável:

100 - Assinatura do Responsável:

59 - Total de Procedimentos (R\$): 60 - Total de Taxas e Adjuvados (R\$):

61 - Total de Materiais (R\$): 62 - Total de CRM (R\$):

63 - Total de Medicamentos (R\$): 64 - Total de Gases Medicinais (R\$):

65 - Total de Gases (R\$): 66 - Assinatura do Responsável:

67 - Assinatura do Responsável: 68 - Assinatura do Responsável:

69 - Assinatura do Responsável: 70 - Assinatura do Responsável:

71 - Assinatura do Responsável: 72 - Assinatura do Responsável:

73 - Assinatura do Responsável: 74 - Assinatura do Responsável:

75 - Assinatura do Responsável: 76 - Assinatura do Responsável:

77 - Assinatura do Responsável: 78 - Assinatura do Responsável:

79 - Assinatura do Responsável: 80 - Assinatura do Responsável:

81 - Assinatura do Responsável: 82 - Assinatura do Responsável:

83 - Assinatura do Responsável: 84 - Assinatura do Responsável:

85 - Assinatura do Responsável: 86 - Assinatura do Responsável:

87 - Assinatura do Responsável: 88 - Assinatura do Responsável:

89 - Assinatura do Responsável: 90 - Assinatura do Responsável:

91 - Assinatura do Responsável: 92 - Assinatura do Responsável:

93 - Assinatura do Responsável: 94 - Assinatura do Responsável:

95 - Assinatura do Responsável: 96 - Assinatura do Responsável:

97 - Assinatura do Responsável: 98 - Assinatura do Responsável:

99 - Assinatura do Responsável: 100 - Assinatura do Responsável:

Solange Ayetta CRM 14762

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 Água Verde, Curitiba
0 - PR

(41) 3310-1000
(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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000
 5 - Número da Guia Principal 4011283000000

4 - Data da Autorização
 5 - Semana
 6 - Data Validade da Semha
 7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira 2791128
 9 - Validade da Carteira 10/10/2023
 10 - Nome GUSTAVO FREITAS COSTA
 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 VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO
 16 - Conselho Profissional 6
 17 - Número no Conselho 23262
 18 - UF 41
 19 - Código CBO 225124
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
 21 - Cardiar Atendimento 2
 22 - Data da Solicitação 04/05/2023
 23 - Indicação Clínica
 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
 27 - Local
 28 - Ql.Autoriz

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

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		40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Cide	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Utilitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	04/05/2023	17:31:15	17:31:15	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001		558,00

Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)
 48 - Seq. Nat. 49 - Grau Part. 50 - Código na operador/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

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

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 OPME (R\$)
 63 - Total de Medicamentos (R\$)
 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
 65 - Total Geral (R\$) 558,00
 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gustavo Freitas Costa
Nº da Carteira: 2.79.1128
Instituição: Colégio Adventista Alfonso Pena

Data de Nascimento: 23/11/2012

Nº da Guia: 11104

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/05/2023	16:21:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

Durante a aula de Educação Física o aluno caiu e bateu a cabeça no chão da quadra, levantando um galo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Kátia	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bete	04/05/2023

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

Observações

O aluno foi atendido pela monitora com gelo no local. A mãe foi comunicada sobre o ocorrido via telefone.

Ass.:


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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gustavo Freitas Costa

Nº da Carteira: 2.79.1128

Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 23/11/2012

Nº da Guia: 11104

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/05/2023	16:21:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição
Durante a aula de Educação Física o aluno caiu e bateu a cabeça no chão da quadra, levantando um galo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Kátia	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Bete	04/05/2023

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

Observações
O aluno foi atendido pela monitora com gelo no local. A mãe foi comunicada sobre o ocorrido via 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 (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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000
 5 - Número da Guia Principal
 4 - Data da Autorização 23/05/2023
 5 - Senha 11471
 6 - Data Validade da Senha 11471
 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 11471

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira 2376482
 9 - Validade da Carteira 31/12/2023
 10 - Nome KENDRA MIYUKI VIANA YOMURA
 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 GINA LOURDES PONTES ROJAS
 16 - Conselho Profissional 6
 17 - Número no Conselho 22083
 18 - UF 41
 19 - Código CBO 225124
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante EM ANEXO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
 21 - Carteira Atendim. 2
 22 - Data da Solicitação 23/05/2023
 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
 31 - Código CNES 15563

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

36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42 - Qlde	43-Via	44-Tec	45-Fator Red./Acresc	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1 23/05/2023	20:17:41	20:17:41	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001				30%	205,40

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

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

57 - Observações / Justificativa
 58 - Assinatura do Responsável pela Autorização
 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 Casos Medicinais (R\$)
 65 - Total Geral (R\$) 205,40
 66 - Assinatura do Responsável

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Kendaa Miyuki Nana Yemura

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Consulta

Dra. Gina Pontes
Médica
CRM-PR-22083

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) 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 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gasas Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Gina Pontes Médica CRM-PR-22083

Gina Pontes Médica CRM-PR-22083

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kendra Miyuki Viana Yomura
Nº da Carteira: 2.37.6482
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 31/05/2011

Nº da Guia: 11471

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/05/2023	17:50:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Pescoço

Descrição
Aluna estava na aula de educação física e na realização da atividade, escorregou e caiu batendo a nuca. O local ficou inchado e dolorido.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Pamela	(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Pamela	23/05/2023

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

Observações
A aluna foi atendida pela professora de educação física, que encaminhou a aluna até a administração da escola que encaminhou para hospital de referência. A mãe da aluna foi avisada e levará a aluna até a unidade de saúde.

Ass:

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: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: 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 / curitiba.clinicaadventista.org.br