



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

RPS nº. 525690, Série: U, emitido em 04/07/2023, conversão em 04/07/2023

Número da Nota
505298
Data e Hora de Emissão
04/07/2023 00:00:00
Código de Verificação
CBKTS602

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICO HOSPITALAR | PIS (%) 0.00 R\$ 0.00 | COFINS (%)
0.00 R\$ 0.00 COMEPP REMESSA 55410

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$3.508,09

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$3.508,09

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	3.508,09	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

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



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

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

Fatura nº
055410/2023

Convênio
304 INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Protocolo

Nota Fiscal RPS

Vencimento
10/08/2023

Faturas por paciente

Item Paciente Senha	Matrícula	Data e Hora de Entrada	Médico	Atendimento	Guia Procedimento	Produção	Tx Disponib.	Total
0007 CAUE DE SOUZA CARDOSO	2326139	16/06/2023 11:06:00	28084 ELAINE DE ALMEIDA KUZUO	4.054.091	11891 10101039 Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01	214,01
Total do Paciente						158,00	56,01	214,01
0003 DANIEL LIRA DE BRITTO	2116643	21/06/2023 10:55:00	41383 MAISA ANDRESSA SOHN	4.058.541	11927 10101039 Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01	214,01
Total do Paciente						158,00	56,01	214,01
0006 KAUA DOS SANTOS SPADA	2325244	16/05/2023 12:42:00	5215 STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO	4.023.474	11300 10101039 Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01	214,01
Total do Paciente						158,00	56,01	214,01
0015 LAIS KIEL CARDOSO	2116642	27/04/2023 12:40:00	48557 HELDER DE MOURA VILLELA JUNIOR	4.004.111	11006 10101039 Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01	214,01
Total do Paciente						158,00	56,01	214,01
0016					30101794 Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	158,00	56,01	214,01
Total do Paciente						158,00	56,01	214,01
0002 LUIS BELGITO ZABOLOTNY FRARE	368341	07/06/2023 08:32:00	10550 CECILIA MARGARIDA ZANCHET	4.046.060	11750 10101039 Consulta Em Pronto Socorro	249,65		305,66
Total do Paciente						249,65		305,66
0011 MARIANA CORA	2376223	31/05/2023 19:01:00	28084 ELAINE DE ALMEIDA KUZUO	4.039.658	11632 10101039 Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01	214,01
Total do Paciente						158,00	56,01	214,01
0008	2376223	31/05/2023 22:09:00	51922 GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS	4.039.730	11632 10101039 Consulta Em Pronto Socorro	205,40	56,01	261,41
Total do Paciente						205,40	56,01	261,41
0009 PEDRO HENRIQUE FEITOSA	2791688	12/05/2023 00:36:00	10589 MARIA OFELIA CAMORIM FATUICH	4.020.216	11259 10101039 Consulta Em Pronto Socorro	410,80	112,02	522,82
Total do Paciente						410,80	112,02	522,82
0013 PEDRO LEONARDO DOLENS FERNANDO	3381562	10/05/2023 15:38:00	40880 CAROLINA COSTENARO BRANDES	4.017.651	11205 10101039 Consulta Em Pronto Socorro	205,40	56,01	261,41
Total do Paciente						205,40	56,01	261,41
0014					30101794 Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	158,00	56,01	214,01
Total do Paciente						158,00	56,01	214,01
0005 PEDRO LUCAS DA COSTA GONZAGA	2118233	26/05/2023 12:23:00	10550 CECILIA MARGARIDA ZANCHET	4.034.489	11537 10101039 Consulta Em Pronto Socorro	249,65		305,66
Total do Paciente						249,65		305,66
0010 PIETRO LEONARDO DE CASTRO GARCIA	6056	06/06/2023 20:00:00	48916 TAMI GUERREIRO ESTEVAM VIEIRA	4.045.712	4045712 10101039 Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01	214,01
Total do Paciente						158,00	56,01	214,01
Total do Paciente						205,40	56,01	261,41
Total do Paciente						205,40	56,01	261,41



Page: 2
03/07/2023 08:41:48

Faturas por paciente

Item	Paciente Senha	Matrícula	Médico Data e Hora de Entrada	Atendimento	Guia Procedimento	Produção	Tx Disponib.	Total						
0017	RAFAELA LAZAROTTI JUNQUEIRA	46181	RHENAN FREITAS CORADI	279468	29/05/2023 19:18:00	11591	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	205,40	56,01	261,41			
0018				4.037,214	30101794	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	91,65				91,65			
Total do Paciente												297,05	353,06	
0001	RUL FIGURA VELLOSO	28084	ELAINE DE ALMEIDA KUZUO	2117544	05/06/2023 17:36:00	11725	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01	214,01			
0004	STEFFANY KAORI M DE OLIVEIRA UCHI	23173	ANDRE MARCELO OKURA	2376507	07/06/2023 12:00:00	11755	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01	214,01			
Total do Paciente												158,00	56,01	214,01
Total da Fatura (Valor+ Taxa):55410/2023												2.723,95	784,14	3.508,09

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

2 - Nº Guia no Prestador 4044321000000

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1 - Registro ANS 000000 2 - Número da Guia Principal 4044321000000

4 - Data de Autorização 5 - Sembr 6 - Data Validade da Sembr 7 - Número da Guia Antecipada para Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome

2117544 10/10/2023 RAUL FIGURA VELLOSO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 14 - Nome do Contratado

76591569000130 ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante ELAINE DE ALMEIDA KUZUO

16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho

6 28084

18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

41 225124 ELAINE DE ALMEIDA KUZUO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter. Atendim. 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica

2 05/06/2023

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - QLSolic. 28 - QLAutoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado

59 ELAINE DE ALMEIDA KUZUO

31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação do Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

23 9

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 05/06/2023 17:36:02 17:36:02 22 10101039 Consulta em pronto socorro

42 - Cide 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Rad. Ionesc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

001 1,00 98,98 98,98

158,00

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

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

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

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

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

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 98,98

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00

61 - Total Materiais (R\$) 0,00

62 - Total de OPMs (R\$) 0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00

65 - Total Geral (R\$) 98,98

158,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

ELIANE

Data/Hora: 05/06/2023 18:02:11

Contat/Lote: 2230461

Atendimento: 4044321

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2230461

1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Raul Figura Velloso

Nº da Carteira: 2.11.7544

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 14/07/2017

Nº da Guia: 11725



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/06/2023	15:36:00	Playground (Ex.: parquinho)	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Cabeça

Descrição

Aluno estava subindo a escada para o escorregador, e caiu de costas no chão, bateu a parte de trás da cabeça, apresentando "galo" na região

Testemunha da ocorrência	Telefone
Geneci	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Miriã	05/06/2023

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

Aluno foi atendido, com gelo no local, pais avisado para encaminhamento hospitalar.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640 Ass.:
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

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

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome de Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Elaine Kuzuo
Pediatra
CRM/PR 28.084

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

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 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acrsc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

59 - 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

Dr. Elaine Kuzuo
Pediatra
CRM/PR 28.084

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

2 - Nº Guia no Prestador 4046060000000

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 4046060000000

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

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
9 - Validade da Carteira
10 - Nome
11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante
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

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
21 - Carteira Atendim.
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
27 - QLSolic.
28 - QLAutoriz.

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

Dados do Atendimento
32 - Tipo 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 - Procedimento
41 - Descrição
42 - Qide
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 Part.
50 - Código na operadora/CPF
51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho
54 - UF
55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)
61 - Total Materiais (R\$)
62 - Total de OPMs (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total de Casas Medicinas (R\$)
65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luis Belotto Zabolotny Frare

Nº da Carteirinha: 3.6.8341

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 23/02/2006

Nº da Guia: 11750

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/06/2023	12:42:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Partes do corpo

Um colega estava jogando um objeto e acabou batendo com a mão na cabeça do aluno com força.

Cabeça

Descrição

Um colega ia jogar uma bolinha de papel e acabou batendo com força na cabeça do aluno Luis. O aluno se sentiu atordoado e procurou o atendimento se queixando de forte dor de cabeça. Não houve inchaço, corte ou hematoma.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Monitor

(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros

Data

Coordenador Jaques

06/06/2023

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

O aluno foi atendido no ambulatório, e feito contato com a responsável via telefone. Se necessário, irá levá-lo ao atendimento médico no local indicado nesta guia.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Jaques Henrique De Oliveira

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

Adventista

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

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Ambulatório pelo Operador	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN			
Dados do Beneficiário			
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 - Cartão do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento		26 - Descrição	
27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Aut.	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
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 - Via	
44 - Tec.		45 - Fator Red./Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)			
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CNPJ	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	
53 - Número no Conselho		54 - UF	
55 - Código CBO			
56 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Assinatura do Contratado			
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 Casos Médicos (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
59 - Observação / Justificativa			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

Solicitante
Dra. Cecilia Zanc
pediatra Neonatologista
CRM pp 10.550

Neurologist
Zandher


Dra. Cecilia Zanchet
Pediatra Neonatologista
CRM/PR 10.550

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

2 - Nº Guia no Prestador 4058541000000

Serviço Autorizado
de Curitiba

1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Principal

4058541000000

4 - Data da Autorização

21/06/2023

5 - Senha

11927

6 - Data Validade da Senha

20548

7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2116643

9 - Validade da Carteira

31/12/2023

10 - Nome

DANIEL LIRA DE BRITTO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

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

MAISA ANDRESSA SOHN

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

41383

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cartão Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

21/06/2023

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

MAISA ANDRESSA SOHN

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

1 21/06/2023

37 - Hora Inicial

10:55:19

38 - Hora Final

10:55:19

39 - Tabela

22 10101039

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde

001

43 - Via

44 - Tec

1,00

45 - Fator Red/Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

158,00

47 - Valor Total (R\$)

158,00

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

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

1- / /

2- / /

3- / /

4- / /

5- / /

6- / /

7- / /

8- / /

9- / /

10- / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

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 Médicinas (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: 21/06/2023 13:12:13

Conta/Lote: 2238161

Atendimento: 4058541000000

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2238161

1/1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Daniel Lira de Britto
Nº da Carteira: 2.11.6643
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 07/04/2015

Nº da Guia: 11927

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/06/2023	15:45:00	Sala de Aula	Brincando em sala

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

Alunos estavam brincando em sala, e o Daniel estava sentado no chão quando um amigo, esbarrou e ele caiu para trás batendo a cabeça.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Karen	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Tiago - Coordenador Disciplinar	14/06/2023

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

Foi colocado gelo no local.

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peganha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabrasp@educadventista.org.br

Rosemeri

Rosemeri Alves da Paixão

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: Daniel Lira de Brito
 Nº da Carteira: 2.11.6643
 Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - DEFM

Data de Nascimento: 07/06/2015 Nº da Guia: 11917

ama

Data da Ocorrência	Morário	Local	Atividade
14/06/2023	15:35:00	Sala de Aula	Brincando em sala

O que aconteceu Partes do corpo

Dor de mesmo nível Cabeça

Descrição

Alunos estavam brincando em sala, e o Daniel estava sentado no chão quando um amigo, estava com ele e caiu para trás batendo a cabeça.

Testemunha da ocorrência Telefone

Karen (41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros Data

Tiago - Coordenador Disciplinar 14/06/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Moreira	141	Agua Verde, Curitiba	(41) 3310-1000
		0	PR	(41) 3310-1320

Observações

Foi colocado gesso no local

 
 Rosemeri Alves da Paixão

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://sistema.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileiro de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
 Contato: (41) 7240-7918 ou (41) 95895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impressa por: Rosemeri Alves da Paixão 1 de 1 14/06/2023 17:13

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		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 - Assinatura do Contratado	
22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Hora Inicial	
28 - Qtd. Aut.		29 - Código na Operadora	
30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data		37 - Hora Final	
38 - Hora Inicial		39 - Hora Final	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtd.		43 - Valor Red. Acresc.	
44 - Valor Unitário (R\$)		45 - Valor Total (R\$)	
46 - Valor Total (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora		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 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
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 Casos Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Contratado	
67 - Assinatura do Responsável pela Autorização		68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

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

2 - Nº Guia no Prestador 4046448000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 4046448000000	5 - Senha 11755	6 - Data Validade da Senha 30/12/2023	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 20460	11 - Cartão Nacional de Saúde N																								
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 2376507 9 - Validade da Carteira 30/12/2023 10 - Nome STEFFANY KAORI M DE OLIVEIRA UCHI																													
Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora 76591569000130 14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO																													
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE MARCELO OKURA 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 23173 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante 21 - Cartão Alendin. 2 22 - Data da Solicitação 07/06/2023 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 ANDRE MARCELO OKURA 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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>36 - Data</th> <th>37 - Hora Inicial</th> <th>38 - Hora Final</th> <th>39 - Tabela</th> <th>40 - Procedimento</th> <th>41 - Descrição</th> <th>42 - Qlde</th> <th>43 - Via</th> <th>44 - Tec</th> <th>45 - Fator Red./Acresc.</th> <th>46 - Valor Unitário (R\$)</th> <th>47 - Valor Total (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 07/06/2023</td> <td>12:00:40</td> <td>12:00:40</td> <td>22</td> <td>10101039</td> <td>Consulta em pronto socorro</td> <td>001</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>158,00</td> </tr> </tbody> </table>						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 07/06/2023	12:00:40	12:00:40	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001					158,00
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 07/06/2023	12:00:40	12:00:40	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001					158,00																		
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) <table border="1"> <thead> <tr> <th>48 - Seq. Ref.</th> <th>49 - Grau Part.</th> <th>50 - Código na operadora/CPF</th> <th>51 - Nome do Profissional</th> <th>52 - Conselho Profissional</th> <th>53 - Número no Conselho</th> <th>54 - UF</th> <th>55 - Código CBO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						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																
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO																						
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 1- / / 2- / / 3- / / 4- / / 5- / / 6- / / 7- / / 8- / / 9- / / 10- / /																													
57 - Observações / Justificativa																													
58 - Total Procedimentos (R\$) 59 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 60 - Total Materiais (R\$) 61 - Total de OPME (R\$) 62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Assinatura do Contratado 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização																													
CLAUDIA. Data/Hora: 07/06/2023 14:20:13 Contat/Lote: 2231489 Atendimento: 4046448 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 158,00 2231489 1 / 1																													

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Steffany Kaori Machado de Oliveira Uchida

Nº da Carteirinha: 2.37.6507

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 20/01/2010

Nº da Guia: 11755



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/06/2023	10:15:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Antebraço Esquerdo

Descrição
A aluna estava na aula de educação física e a colega jogou a bola que bateu no braço e gerou um inchaço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	41 3051-8660

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 aluna foi atendida na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informamos a responsável (mãe) e encaminhamos ambas para o hospital de referência.

Ass.: _____

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

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

DADOS DO PACIENTE

CODIGO 00268577

Nome Paciente: STEFFANY KAORI M DE OLIVEIRA UCHIDA

Data Nasc: 20/01/2010

Nome Mãe: CLEONIR MACHADO DE OLIVEIRA

Endereço: RUA TEREZINA - DE 711/712 AO FIM

Cidade: CURITIBA

Responsável: CLEONIR MACHADO DE OLIVEIRA

Nome Pai: MILTON UCHIDA

Número: 1189

Bairro: CAJURU

Telefone: 32667974

Idade: 13 Anos 4 Meses 18 Dias Sexo: FEMININO

CNS do Paciente:

Complemento:

CEP: 82930250

Grau de Parentesco: MAE

UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

CODIGO 04046448

Médico(a): ANDRE MARCELO OKURA

CRM: 23173

Data/Hora: 07/06/2023 - 12:00

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Plano: EMPRESARIAL

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Unid. Internação:

Leito:

Matrícula: 2376507

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

Steffany, 13 anos

Paciente sofreu trauma direto por bola ontem na escola, tendo sido encaminhada a outro serviço na data de ontem devido a edema de punho esquerdo. Neste serviço, foi solicitado USG de articulação de punho esquerdo. Paciente e sua mãe procuram este serviço na data de hoje para realização do exame, já com guia em mãos e retorno em 7 dias agendado em serviço de origem.

Histórico de acompanhamento neste serviço em 2020 devido a hemangioma em face volar do punho esquerdo.

Exame Físico

Em uso de tala antebraquiopalmar

Edema de face volar de punho esquerdo, com dor a palpação difusa

Diagnóstico

Hemangioma de punho esquerdo

Tratamento/Conduta

Oriento paciente e familiar quanto ao diagnóstico prévio registrado em prontuário e encaminhamento ao setor de diagnóstico por imagem

Médico(a): ANDRE MARCELO OKURA

CRM: 23173

Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1821/2007, no sistema certificado SBIS-CFM nº 063, por

ANDRE MARCELO OKURA, CPF 03001470909, às 12:22 GMT-03:00 de 07/06/2023.

Estado: Assinatura digital válida

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



Paciente 00268577

Atendimento 04046448

Documento C468-V1882



1 - Registro ARES
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semáforo

6 - Data Validade da Semáforo

7 - Número da Guia Autorizada para Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número do Cartão

11537

9 - Validade da Carteira

10/10/2023

10 - Nome

PEDRO LUCAS DA COSTA GONZAGA

11 - Cartão Nacional de Saúde

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

CECILIA MARGARIDA ZANCHET

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

10550

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

CECILIA MARGARIDA ZANCHET

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cardior Atendim.

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabala

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QI Solic.

28 - QI Jurid.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

RF

30 - Nome do Contratado

CECILIA MARGARIDA ZANCHET

31 - Código CNES

15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

23

34 - Tipo de Consulta

9

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento

9

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial/38 - Hora Final

39 - Tabala

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qde

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red./Acrec

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

1

12:23:19

12:23:19

22

10101039

Consulta em pronto socorro

001

1.00

-99.98

-99.98

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

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Prof.

50 - Código na Operadora/CNP

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\$)

98.98

60 - Total Taxis e Aqueles (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 Outras Mencionadas (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

98.98

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

ANEXO

68 - Assinatura do Contratado

ELCIDEMARI Data/Hora: 26/05/2023 13:50:22

Controle: 2224752

Atendimento: 4034489

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Lucas da Costa Gonzaga

Nº da Carteira: 2.11.8233

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 03/10/2012

Nº da Guia: 11537

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/05/2023	10:59:00	Pátio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Rosto, Cabeça

Descrição

Aluno caiu de cabeça e não levou a mão na queda. Está sentindo bastante dor na cabeça.

Testemunha da ocorrência

Monitor

Telefone

(41) 3225-1920

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

Fizemos gelo e ligamos para família. Indicamos raio x.

Ass.:

Deizi Danielli Silva

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

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

28 - Qtd. Aut.

29 - Qtd. Aut.

30 - Qtd. Aut.

31 - Qtd. Aut.

32 - Qtd. Aut.

33 - Qtd. Aut.

34 - Qtd. Aut.

35 - Qtd. Aut.

36 - Qtd. Aut.

37 - Qtd. Aut.

38 - Qtd. Aut.

39 - Qtd. Aut.

40 - Qtd. Aut.

41 - Qtd. Aut.

42 - Qtd. Aut.

43 - Qtd. Aut.

44 - Qtd. Aut.

45 - Qtd. Aut.

46 - Qtd. Aut.

47 - Qtd. Aut.

48 - Qtd. Aut.

49 - Qtd. Aut.

50 - Qtd. Aut.

51 - Qtd. Aut.

52 - Qtd. Aut.

53 - Qtd. Aut.

54 - Qtd. Aut.

55 - Qtd. Aut.

56 - Qtd. Aut.

57 - Qtd. Aut.

58 - Qtd. Aut.

59 - Qtd. Aut.

60 - Qtd. Aut.

61 - Qtd. Aut.

62 - Qtd. Aut.

63 - Qtd. Aut.

64 - Qtd. Aut.

65 - Qtd. Aut.

66 - Qtd. Aut.

67 - Qtd. Aut.

68 - Qtd. Aut.

69 - Qtd. Aut.

70 - Qtd. Aut.

71 - Qtd. Aut.

72 - Qtd. Aut.

73 - Qtd. Aut.

74 - Qtd. Aut.

75 - Qtd. Aut.

76 - Qtd. Aut.

77 - Qtd. Aut.

78 - Qtd. Aut.

79 - Qtd. Aut.

80 - Qtd. Aut.

81 - Qtd. Aut.

82 - Qtd. Aut.

83 - Qtd. Aut.

84 - Qtd. Aut.

85 - Qtd. Aut.

86 - Qtd. Aut.

87 - Qtd. Aut.

88 - Qtd. Aut.

89 - Qtd. Aut.

90 - Qtd. Aut.

91 - Qtd. Aut.

92 - Qtd. Aut.

93 - Qtd. Aut.

94 - Qtd. Aut.

Cecilia Zancket
Neonotologista
10.550

Cecilia Zancket
Neonotologista
10.550

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

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

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

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho 53 - Número no Conselho

54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização 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 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

X

10.550



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

2 - Nº Guia no Prestador 4023474000000

1 - Registro ANS 000000
2 - Número da Guia Principal 4023474000000
3 - Data da Autorização

Dados do Beneficiário

4 - Nome da Carteira 2325244
5 - Validade da Carteira 31/12/2023
6 - Nome KAUA DOS SANTOS SPADA
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
8 - Cartão Nacional da Saúde
9 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante
10 - Nome do Operadora 76591569000130
11 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
12 - Caracter. Atendim. 2
13 - Data da Solicitação 16/05/2023
14 - Indicação Clínica

15 - Nome do Profissional Solicitante STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 5215
18 - UF 41
19 - Código CBO 225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - 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 STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO
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 16/05/2023
37 - Hora Inicial 12:42:12
38 - Hora Final 12:42:12
39 - Tabela 10101039
40 - Procedimento 41 - Descrição Consulta em pronto socorro
42 - Qlde 001
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 Part. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

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

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

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 158,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

ELIANE

ELIANE. Data/hora: 16/05/2023 14:44:15

Conta/ote: 2218530

Atendimento: 4023474

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2218530

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kauã dos Santos Spada
Nº da Carteirinha: 2.32.5244
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM



Data de Nascimento: 09/09/2015

Nº da Guia: 11300

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/05/2023	11:11:00	Refeitório	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

Bateu a cabeça,,

Testemunha da ocorrência	Telefone
Profª Endi	(41) 3051-8600

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

Pai mesmo o levará ao especialista, HPP.


Prof. Rhooch Nemitz
Coordenador Disciplinar

Ass.: _____

Rudimar Roberto Nemitz

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 4054091000000

1 - Registro ANS		B - Número da Guia Principal	
000000		4054091000000	
4 - Data da Autorização		5 - Semio	
16/06/2023		ELEGIVEL	
6 - Data Validade da Semio		7 - Número da Guia Arquivado pela Operadora	
		20537	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
11891		31/12/2023	
10 - Nome		CAUE DE SOUZA CARDOSO	
11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
		N	
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado	
76591569000130		ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
ELAINE DE ALMEIDA KUZUO		6	
17 - Número no Conselho		28084	
18 - UF		41	
19 - Código CBO		225124	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		ELAINE DE ALMEIDA KUZUO	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Cardápio Atendim.		22 - Data da Solicitação	
2		16/06/2023	
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		30 - Nome do Contratado	
59		ELAINE DE ALMEIDA KUZUO	
Dados do Atendimento			
31 - Tipo Atendimento		32 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	
23		9	
33 - Tipo de Consulta		34 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
35 - Data		36 - Hora Inicial	
16/06/2023		11:06:21	
37 - Hora Final		38 - Tabela	
11:06:21		22	
39 - Procedimento		40 - Descrição	
10101039		Consulta em pronto socorro	
41 - Qlde		42 - Vv/a	
001		1.00	
43 - Tec		44 - Fator Real/Atenc	
158.00		158.00	
45 - Valor Unitário (R\$)		46 - Valor Total (R\$)	
158.00		158.00	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
47 - Seq. Ref.		48 - 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 - Assinatura do Contratado	
1- / /		2- / /	
3- / /		4- / /	
5- / /		6- / /	
7- / /		8- / /	
9- / /		10- / /	
59 - Observações / Justificativa			
60 - Total Procedimentos (R\$)		61 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	
158.00		0.00	
62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
0.00		0.00	
64 - Total de Casos Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
0.00		158.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
ELIANEYXO			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
ELIANEYXO			
68 - Assinatura do Contratado			
69 - Assinatura do Profissional Solicitante			

ELCI,DEMARI Data/Hora: 16/06/2023 12:01:07

Contalote: 2235848

Atendimento: 4054091

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2235848

1/1