

Agrupamento: 2 - CONTAS AMBULATORIAIS - P. S      Tipo de Agrupamento: CONTA AMBULATORIAL

Remessa: 204767

Competência: 10/2023

Entrega: 20/10/2023

Convênio: 59

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



Nota Fiscal:

| Período       |            |               |      |                 |             |                                  |              |           |
|---------------|------------|---------------|------|-----------------|-------------|----------------------------------|--------------|-----------|
| Início        | Término    | Guia TISS     | Guia | Nr.Conta        | Atendimento |                                  | Nr. Carteira | Valor     |
| 11/09/2023    | 11/09/2023 | 13294         |      | 13294 2274273   | 4129414     | HELENA PAZ GONCALVES             | 22326201     | 1.732,31  |
| 28/08/2023    | 28/08/2023 | 13063         |      | 13063 2268630   | 4118426     | JORDAN CALEB COSTA DE CAMPO      | 3357255      | 1.732,31  |
| 01/09/2023    | 01/09/2023 | 13155         |      | 13155 2270358   | 4122299     | JORGE VITOR DE PAULA REIS        | 3269391      | 1.732,31  |
| 22/09/2023    | 22/09/2023 | 13532         |      | 13532 2279633   | 4140701     | KAUAN DE SOUZA DA SILVA          | 3268226      | 1.732,31  |
| 20/09/2023    | 20/09/2023 | 4138666000000 |      | 4138666 2278747 | 4138666     | LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CAR | 000000       | 596,36    |
| 24/08/2023    | 24/08/2023 | 13000         |      | 13000 2266729   | 4115108     | PEDRO HENRIQUE MARCUZ MARQUES    | 3357125      | 3.295,41  |
| Total :       |            |               |      |                 |             |                                  | 6            | 10.821,01 |
| Total Geral : |            |               |      |                 |             |                                  | 6            | 10.821,01 |

Atendimento: 4129414 - HELENA PAZ GONCALVES Lote: 2274273 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Paciente...: HELENA PAZ GONCALVES  
Convênio...: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Plano.....: EMPRESARIAL  
Medico/CRM.: LUCAS KOJI MATSUZAKI / 40994  
Guia.....: 13294 Validade.:  
Carteira....: 22326201 Validade.: 31/12/2023 Titular.: HELENA PAZ GONCALVES  
Biometria...:  
CID.....: S019  
Código RAT.:  
Endereço...: RUA BOM PASTOR 485 ALTO BOQUEIRAO CURITIBA PR  
Fone.....: 996867434  
Entrada....: 11/09/2023 17:47

Data de Nasc.: 08/06/2018

Saída: 11/09/2023 18:14



2274273

### Resumo da Conta

| Grupo de Procedimento / Setor       | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme | Total           |
|-------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-----------------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>         |           |       |          |       | <b>144,94</b>   |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 144,94    |       |          |       | 144,94          |
| <b>MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO</b> |           |       |          |       | <b>5,65</b>     |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 5,65      |       |          |       | 5,65            |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>         |           |       |          |       | <b>1.563,70</b> |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 1.563,70  |       |          |       | 1.563,70        |
| <b>MATERIAIS SIMPRO</b>             |           |       |          |       | <b>18,02</b>    |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 18,02     |       |          |       | 18,02           |
| <b>Total da Conta: R\$</b>          |           |       |          |       | <b>1.732,31</b> |

#### TAXAS DE USO DE SALA

##### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                             | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|----------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 60023082 TAXA DE SALA PEQUENOS PROCEDIMENTOSAMBULATORIAL | UN          | 1    | 144,94      | 144,94   |
| Total do Setor:                                          |             |      |             | 144,94   |
| Total de TAXAS DE USO DE SALA:                           |             |      |             | 144,94   |

#### MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO

##### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                  | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000012002 CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML. | AMP         | 5    | 1,13        | 5,65     |
| Total do Setor:                               |             |      |             | 5,65     |
| Total de MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO:        |             |      |             | 5,65     |

#### MATERIAIS BRASINDICE

##### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                             | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|----------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000045692 FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER | CM          | 20   | 0,03        | 0,60     |
| 0000062993 HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                | UN          | 1    | 1.563,10    | 1.563,10 |
| Total do Setor:                                          |             |      |             | 1.563,70 |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                           |             |      |             | 1.563,70 |

#### MATERIAIS SIMPRO

##### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                           | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000018481 COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAIO | UN          | 13   | 1,09        | 14,17    |
| 0005195017 LUVA CIRURGICA ESTERIL 6,5 PAR                              | PAR         | 1    | 3,85        | 3,85     |
| Total do Setor:                                                        |             |      |             | 18,02    |
| Total de MATERIAIS SIMPRO:                                             |             |      |             | 18,02    |

### Prestadores Credenciados

#### CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

##### Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv. | Unid./Ativ. | HE | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|----------------------------------------------|-------------|----|------|-------------|----------|
| 11/09/2023 | 10101039 Consulta em pronto socorro          | UN          | N  | 1    | 158,00      | 158,00   |

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO





1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 11/09/2023 5 - Série 13294 6 - Data Validade da Série 13294 7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador 13294

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 22326201 9 - Validade da Carteira 31/12/2023 10 - Nome HELENA PAZ GONCALVES 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 LUCAS KOJI MATSUZAKI 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 40994 18 - UF 41 19 - Código CBO 225230 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Cartão Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 11/09/2023 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - QI-Solic. 28 - QI-Autoriz.

Dados do Contrato 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 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 - Qde 43 - Via 44 - Tec 45 - Fatur Real/Acesso 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1. / / 2. / / 3. / / 4. / / 5. / / 6. / / 7. / / 8. / / 9. / / 10. / /

58 - Observações / Justificativa 59 - Total Procedimentos (R\$) 0.00 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 144.94 61 - Total Materiais (R\$) 1581.72 62 - Total de OPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 5.65 64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 1732.31

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





ANEXO DE OUTRAS DESPESAS  
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Clinica Adventista  
de Curitiba

1 - Registro ANS .. 2 - Número da Guia Referenciada  
000000 13294

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora 76591569000130 4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

5 - Código CNES 15563

Despesas Realizadas

| 6 - CD                           | 7 - Data                                                                 | 8 - Hr.Inicial | 9 - Hr.Final | 10 - Tabela | 11 - Código do Item | 12 - Qtde. | 13 - Unidade de Medida | 14 - Fator Red. / Acresc. | 15-Valor Unitário-R\$ | 16-Valor Total-R\$ |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|-------------|---------------------|------------|------------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------|
| 17 - Registro ANVISA do Material | 18 - Referência do material no fabricante                                |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |
| 1 - 02                           | 11/09/2023                                                               | 17:47:48       | 17:47:48     | 00          | 0000012002          | 5          | 001                    | 1,00                      | 1,13                  | 5,65               |
| 20 - Descrição:                  | CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML.                                       |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |
| 2 - 03                           | 11/09/2023                                                               | 17:47:48       | 17:47:48     | 00          | 0000045692          | 20         | 038                    | 1,00                      | 0,03                  | 0,60               |
| 20 - Descrição:                  | FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER                            |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |
| 3 - 03                           | 11/09/2023                                                               | 17:47:48       | 17:47:48     | 00          | 0000018481          | 13         | 036                    | 1,00                      | 1,09                  | 14,17              |
| 20 - Descrição:                  | COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAIO GAMA 166,460 |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |
| 4 - 03                           | 11/09/2023                                                               | 18:02:02       | 18:02:02     | 00          | 0000062993          | 1          | 036                    | 1,00                      | 1563,10               | 1563,10            |
| 20 - Descrição:                  | HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                                           |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |
| 5 - 03                           | 11/09/2023                                                               | 17:47:48       | 17:47:48     | 00          | 0005195017          | 1          | 048                    | 1,00                      | 3,85                  | 3,85               |
| 20 - Descrição:                  | LUVA CIRURGICA ESTERIL 6,5 PAR                                           |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |
| 6 - 07                           | 11/09/2023                                                               | 17:47:48       | 17:47:48     | 18          | 60023082            | 1          | 036                    | 1,00                      | 144,94                | 144,94             |
| 20 - Descrição:                  | TAXA DE SALA PEQUENOS PROCEDIMENTOSAMBULATORIAL                          |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |

|                                 |                                |                             |                        |                                 |                           |                      |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------------|
| 21 - Total Gases Medicinais R\$ | 22 - Total de Medicamentos R\$ | 23 - Total de Materiais R\$ | 24 - Total de OPME R\$ | 25 - Total Taxas e Aluguéis R\$ | 26 - Total de Diárias R\$ | 27 - Total Geral R\$ |
| 0,00                            | 5,65                           | 1581,72                     | 0,00                   | 144,94                          | 0,00                      | 1732,31              |

Impresso por: CAROLINE.

Data/Hora: 21/09/2023 15:06:36

Conta/Lote: 2274273

Atendimento: 4129414

Convênio: 59-CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

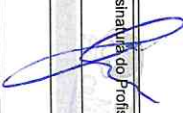
1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 4129414000000

4 - Data da Autorização 11/09/2023 5 - Senha 13294 6 - Data Validade da Senha 13294

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 22326201 9 - Validade da Carteira 31/12/2023 10 - Nome HELENA PAZ GONCALVES 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 LUCAS KOJI MATSUZAKI 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 40994 18 - UF 41 19 - Código CBO 225230 20 - Assinatura do Profissional Solicitante 

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Carteira Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 11/09/2023 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - QLSolic. 28 - QLAutoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59 30 - Nome do Contratado LUCAS KOJI MATSUZAKI 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 - Qlde | 43 - Via | 44 - Tec | 45 - Fator Red./Acresc | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|----------------------------|-----------------------------------|-------------|-------------------|----------------|-----------|----------|----------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| 11/09/2023                 | 17:47:48                          | 17:47:48    | 22                | 10101039       | 001       |          |          | 1.00                   | 158.00                    | 158.00                 |
| Consulta em pronto socorro |                                   |             |                   |                |           |          |          |                        |                           |                        |

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

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

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

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

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\$) |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 158.00                         | 0.00                              | 0.00                       | 0.00                     | 0.00                             | 0.00                                 | 158.00                 |

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 

68 - Assinatura do Contratado

GABRIELLE. Data/Hora: 13/09/2023 14:56:36

Conta/Lote: 2274273

Atendimento: 4129414

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2274273



1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Principal

4129414000000

4 - Data de Autorização

11/09/2023

5 - Sanha

13294

6 - Data Validade da Sanha

13294

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

22326201

9 - Validade da Carteira

31/12/2023

10 - Nome

HELENA PAZ GONCALVES

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

LUCAS KOJI MATSUZAKI

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

40994

18 - UF

41

19 - Código CBO

225230

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cartão Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

11/09/2023

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

LUCAS KOJI MATSUZAKI

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

11/09/2023

37 - Hora Inicial

17:47:48

38 - Hora Final

17:47:48

39 - Tabela

22

40 - Procedimento

10101039

41 - Descrição

Consulta em pronto socorro

42 - Qlde

001

43 - Via

001

44 - Tec

1.00

45 - Fator Red/Acresc

1.00

46 - Valor Unitário (R\$)

158.00

47 - Valor Total (R\$)

158.00

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

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na operadora/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- / /

53 - 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

GABRIELLE.

Data/Hora: 13/09/2023 14:56:36

Controle: 2274273

Atendimento: 4129414

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2274273

1/1



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Helena Paz Gonçalves

**Nº da Carteirinha:** 2.32.6201

**Instituição:** Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM



**Data de Nascimento:** 08/06/2018

**Nº da Guia:** 13294

| Data da Ocorrência | Horário  | Local        | Atividade               |
|--------------------|----------|--------------|-------------------------|
| 11/09/2023         | 15:28:00 | Sala de Aula | Aula de outras matérias |

## O que aconteceu

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

## Partes do corpo

Cabeça

## Descrição

a aluna estava brincando em sala de aula após o lanche, durante a brincadeira o sapato saiu do pé, a aluna escorregou e bateu a testa no balcão da sala que acabou cortando a testa.

## Testemunha da ocorrência

Joelma

## Telefone

(41) 3378-6274

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

## Observações

a aluna foi atendida no setor de monitoria. Foi feito a limpeza no local para diminuir o sangramento e feito um curativo

Ass.:

  
Thiago Andrews Carvalho  
Vice Diretor  
CAAB

Thiago Andrews Carvalho

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



# RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nº 68790

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|
| Nº DA SOLICITAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        | DATA   | HORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | VTR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | BASE    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | RADIO OPERADOR    |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | IDADE   | SEXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nº DA CARTEIRINHA |  |
| CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | UNIDADE |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |  |
| MOTIVO DO CHAMADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |  |
| USO DE MEDICAMENTOS CONTÍNUOS?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |        | ESCALA DE GLASGOW                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         | RESPOSTA MOTORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |        | ABERTURA OCULAR<br>ESPONTANEAMENTE <input type="checkbox"/> 4<br>AO CHAMADO <input type="checkbox"/> 3<br>À DOR <input type="checkbox"/> 2<br>SEM RESPOSTA <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         | ORIENTADO E DIALOGA <input type="checkbox"/> 5<br>CONFUSO <input type="checkbox"/> 4<br>PALAVRAS INADEQUADAS <input type="checkbox"/> 3<br>SONS INCOMPREENSÍVEIS <input type="checkbox"/> 2<br>SEM RESPOSTA <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                                                                                                                  |                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         | OBEDECEM <input type="checkbox"/> 6 FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3<br>LOCALIZA DOR <input type="checkbox"/> 5 EXTENSÃO <input type="checkbox"/> 2<br>RETIRO FLEXÃO <input type="checkbox"/> 4 SEM RESPOSTA <input type="checkbox"/> 1                                                                                                                                                                                                        |                   |  |
| SINAIS VITAIS / PARÂMETROS BÁSICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ANTECEDENTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |  |
| HORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | P.A.S. | P.A.D. | TEMP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | F. RESP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | F.C.    | HGT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SATURAÇÃO         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NENHUM <input type="checkbox"/> CARDIOP. <input type="checkbox"/><br>ALERGIA <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/><br>DIABETES I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/><br>HAS <input type="checkbox"/><br>AVE <input type="checkbox"/><br>CONVULSÃO <input type="checkbox"/><br>OUTROS: |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |  |
| EXAME NEUROLÓGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |        | AP. RESPIRATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         | CABEÇA E PESÇOÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |  |
| NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/><br>NORMAL <input type="checkbox"/><br>MIOSE <input type="checkbox"/><br>MIDRIASE <input type="checkbox"/><br>NÃO REAGENTE <input type="checkbox"/><br>BABINSKI (*) <input type="checkbox"/><br>COMA GRAU <input type="checkbox"/><br>OTORRAGIA <input type="checkbox"/><br>LIB. ESFINCTER <input type="checkbox"/><br>DEF. MOTOR <input type="checkbox"/><br>ALT. SENT. <input type="checkbox"/><br>ALT. SENSORIAL <input type="checkbox"/><br>OUTROS:                                                                                                                                                                                                                                             |        |        | VIGILIA <input type="checkbox"/><br>TOPOROSO <input type="checkbox"/><br>LÚCIDO <input type="checkbox"/><br>DESORIENTADO <input type="checkbox"/><br>EXCITADO <input type="checkbox"/><br>DEPRIMIDO <input type="checkbox"/><br>AFASIA <input type="checkbox"/><br>CONVULSÃO <input type="checkbox"/><br>CONV. GEN. <input type="checkbox"/><br>APRAXIA <input type="checkbox"/><br>RIG. NUCA <input type="checkbox"/><br>CONV. FOCO <input type="checkbox"/><br>HEMOPTISE <input type="checkbox"/><br>CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/><br>EST. CREPITANTES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>EST. BOLHOSOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>SIBILOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>OUTROS: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         | NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/><br>APNÉIA <input type="checkbox"/><br>ASSISTIDA <input type="checkbox"/><br>RSP. MM. ACCESS. <input type="checkbox"/><br>BRONCOASPIR. <input type="checkbox"/><br>MUCOPURUR. <input type="checkbox"/><br>RNCOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>NORMAL <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/><br>OUTROS: |                   |  |
| ECG RITMO <input type="checkbox"/> F.C. <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> NÃO REALIZOU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |        | PSIQUIÁTRICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         | NORMAL <input type="checkbox"/> DEPRESSIVO <input type="checkbox"/><br>ANSIOSO <input type="checkbox"/> AGRESSIVO <input type="checkbox"/><br>DELÍRIO <input type="checkbox"/> NÃO FOI INVESTIGADO <input type="checkbox"/><br>VIOLENTO <input type="checkbox"/> TENTATIVA DE SUICÍDIO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                         |                   |  |
| ABDÔMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |        | UROGENITAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         | GINECO OBSTÉTRICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |  |
| NÃO EXAMINADO <input type="checkbox"/><br>NORMAL <input type="checkbox"/><br>HERNIA <input type="checkbox"/><br>EVENTRAÇÃO <input type="checkbox"/><br>EVISCERAÇÃO <input type="checkbox"/><br>HEMATEMESE <input type="checkbox"/><br>MELENA <input type="checkbox"/><br>ENTERORRAGIA <input type="checkbox"/><br>RENITENTE <input type="checkbox"/><br>DISTENDIDO <input type="checkbox"/><br>ASCITE <input type="checkbox"/><br>DOLOROSO <input type="checkbox"/><br>CONTRATURA <input type="checkbox"/><br>MAC BURNIEY <input type="checkbox"/><br>MURPHY <input type="checkbox"/><br>RHA + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/><br>HEPATOMEG <input type="checkbox"/><br>ESPLNOMEG <input type="checkbox"/><br>OUTROS: |        |        | NORMAL <input type="checkbox"/><br>HEMATURIA <input type="checkbox"/><br>GLOBO VESICAL <input type="checkbox"/><br>ANURIA <input type="checkbox"/><br>SONDA VES. <input type="checkbox"/><br>DOR TESTIC. <input type="checkbox"/><br>PUNHO PREC. (+) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>OUTROS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         | NORMAL <input type="checkbox"/><br>HEMORR. VAGINAL <input type="checkbox"/><br>DOR PÉLVICA <input type="checkbox"/><br>GRAVIDEZ <input type="checkbox"/><br>AMEAÇA DE ABORTO <input type="checkbox"/><br>PARTO DOMIC. <input type="checkbox"/><br>OUTROS:                                                                                                                                                                                               |                   |  |
| DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |  |
| TRATAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |  |
| RESUMO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |  |
| Paciente com FC em teste sangramento<br>controlado, no atendimento estável, após mega<br>porção de, contendo de 10 minutos. Informando<br>do HTP e que se encontra bem, com<br>giro de 180 graus. Não acompanhado da tica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |  |
| DESTINO DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |        |        | CARIMBOS E ASSINATURA RECEPTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |  |
| MÉDICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |        |        | CONDUTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |  |
| ENFERMEIRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |        | PACIENTE OU RESPONSÁVEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |  |



Zimbra

natalia.silva@hpp.org.br

**RES: HPP - HELENA PAZ CONCALVES- GUIA 22326201- CLÍNICA ADVENTISTA**

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

qua., 20 de set. de 2023 08:37

📎 1 anexo

**Assunto :** RES: HPP - HELENA PAZ CONCALVES- GUIA  
22326201- CLÍNICA ADVENTISTA

**Para :** 'Natalia Silva' <natalia.silva@hpp.org.br>

Bom dia,

Autorizado uso do material.

Atenciosamente

**Leticia Silva Carvalho**

Analista de Assistência Médica

☎ (41) 3240.2915

☎ (41) 99895.0157

clinicaadventista.org.br

Clínica Adventista  
de CuritibaClínica Adventista  
de Porto Alegre

**De:** Natalia Silva <natalia.silva@hpp.org.br>

**Enviada em:** segunda-feira, 18 de setembro de 2023 14:06

**Para:** gestaosaude <gestaosaude@clinicaadventista.org.br>; assistenciamedica  
<assistenciamedica@clinicaadventista.org.br>

**Cc:** liberacoes-emergenciais@hpp.org.br

**Assunto:** HPP - HELENA PAZ CONCALVES- GUIA 22326201- CLÍNICA ADVENTISTA

Boa tarde,

Paciente: HELENA PAZ CONCALVES

Guia: 22326201

Segue anexo Anamnese do atendimento do paciente acima citado.

Solicito liberação da COLA HISTOACRYL - 70312426 x 01.

Att.

**Natalia Schiestl da Silva**

Auxiliar de Central de Guias

+55.41.3310.1010

natalia.silva@hpp.org.br



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

---



Esta mensagem pode conter informações pessoais ou sigilosas. Se você não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber este e-mail, não deverá utilizar, copiar, alterar, compartilhar ou divulgar as informações nele inseridas. Se você recebeu esta mensagem por engano, favor avisar imediatamente a pessoa remetente respondendo ao e-mail e em seguida apagando-o.

This message may contain personal or confidential information. If you are not the recipient or the person authorized to receive this e-mail, you should not use, copy, alter, share or disclose the information contained in it. If you have received this message by mistake, please notify the sender immediately by replying to the e-mail and then deleting it.

---

Atendimento: 4118426 - JORDAN CALEB COSTA DE CAMPO Lote: 2268630 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remes

Paciente...: JORDAN CALEB COSTA DE CAMPO  
Convênio...: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Plano.....: EMPRESARIAL  
Medico/CRM.: RHENAN FREITAS CORADI / 46181  
Guia.....: 13063 Validade.:  
Carteira...: 3357255 Validade.: 31/12/2023 Titular.: JORDAN CALEB COSTA DE CAMPO  
Biometria...:  
CID.....: T141  
Código RAT.:  
Endereço...: RUA KELVIN 1062 GUARANI COLOMBO PR  
Fone.....: 988297771  
Entrada.....: 28/08/2023 20:48

Data de Nasc.: 17/01/2019

Saída: 28/08/2023 21:22



2268630

### Resumo da Conta

| Grupo de Procedimento / Setor       | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme | Total           |
|-------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-----------------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>         |           |       |          |       | <b>144,94</b>   |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 144,94    |       |          |       | 144,94          |
| <b>MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO</b> |           |       |          |       | <b>5,65</b>     |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 5,65      |       |          |       | 5,65            |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>         |           |       |          |       | <b>1.563,70</b> |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 1.563,70  |       |          |       | 1.563,70        |
| <b>MATERIAIS SIMPRO</b>             |           |       |          |       | <b>18,02</b>    |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 18,02     |       |          |       | 18,02           |
| <b>Total da Conta: R\$</b>          |           |       |          |       | <b>1.732,31</b> |

#### TAXAS DE USO DE SALA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                              | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 60023082 TAXA DE SALA PEQUENOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAL | UN          | 1    | 144,94      | 144,94   |
| Total do Setor:                                           |             |      |             | 144,94   |
| Total de TAXAS DE USO DE SALA:                            |             |      |             | 144,94   |

#### MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                  | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000012002 CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML. | AMP         | 5    | 1,13        | 5,65     |
| Total do Setor:                               |             |      |             | 5,65     |
| Total de MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO:        |             |      |             | 5,65     |

#### MATERIAIS BRASINDICE

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                             | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|----------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000045692 FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER | CM          | 20   | 0,03        | 0,60     |
| 0000062993 HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                | UN          | 1    | 1.563,10    | 1.563,10 |
| Total do Setor:                                          |             |      |             | 1.563,70 |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                           |             |      |             | 1.563,70 |

#### MATERIAIS SIMPRO

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                           | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000018481 COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAIO | UN          | 13   | 1,09        | 14,17    |
| 0005195017 LUVA CIRURGICA ESTERIL 6,5 PAR                              | PAR         | 1    | 3,85        | 3,85     |
| Total do Setor:                                                        |             |      |             | 18,02    |
| Total de MATERIAIS SIMPRO:                                             |             |      |             | 18,02    |

### Prestadores Credenciados

#### CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv. | Unid./Ativ. | HE | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|----------------------------------------------|-------------|----|------|-------------|----------|
| 28/08/2023 | 10101039 Consulta em pronto socorro          | UN          | S  | 1    | 205,40      | 205,40   |

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO





Atendimento: 4118426 - JORDAN CALEB COSTA DE CAMPO Lote: 2268630 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remes

|                       |       |             |    |         |                                            |        |
|-----------------------|-------|-------------|----|---------|--------------------------------------------|--------|
| RHENAN FREITAS CORADI | 46181 | 14066123759 | 59 | CLINICO |                                            |        |
|                       |       |             |    |         | Total do Setor:                            | 205,40 |
|                       |       |             |    |         | Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: | 205,40 |

**CIRURGIA PLASTICA**

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv.                    | Unid./Ativ. | HE          | %Proc.  | Qtde                                        | VI Unitario | VI Total |
|------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|-------------|---------|---------------------------------------------|-------------|----------|
| 28/08/2023 | 30101794 Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento | ATO         | N           | 100.00% | 1                                           | 98,98       | 98,98    |
|            | RHENAN FREITAS CORADI                                           | 46181       | 14066123759 | 59      | CLINICO                                     |             |          |
|            |                                                                 |             |             |         | Total do Setor:                             |             | 98,98    |
|            |                                                                 |             |             |         | Total de CIRURGIA PLASTICA:                 |             | 98,98    |
|            |                                                                 |             |             |         | Total Credenciados:                         |             | 304,38   |
|            |                                                                 |             |             |         | Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: |             | 2.036,69 |



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

2 - Nº Guia no Prestador 4118426000000

|                            |            |                                             |       |
|----------------------------|------------|---------------------------------------------|-------|
| 1 - Registro ANS           | 000000     | 3 - Número da Guia Principal                |       |
| 4 - Data da Autorização    | 28/08/2023 | 5 - Senha                                   | 13063 |
| 6 - Data Validade da Senha |            | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | 13063 |

|                        |         |                          |            |           |                             |                               |  |                       |   |
|------------------------|---------|--------------------------|------------|-----------|-----------------------------|-------------------------------|--|-----------------------|---|
| 8 - Número da Carteira | 3357255 | 9 - Validade da Carteira | 31/12/2023 | 10 - Nome | JORDAN CALEB COSTA DE CAMPO | 11 - Cartão Nacional de Saúde |  | 12 - Atendimento a RM | N |
|------------------------|---------|--------------------------|------------|-----------|-----------------------------|-------------------------------|--|-----------------------|---|

|                                       |  |                          |  |                            |                         |                                                              |       |         |    |                 |        |                                             |  |
|---------------------------------------|--|--------------------------|--|----------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------|-------|---------|----|-----------------|--------|---------------------------------------------|--|
| Dados do Solicitante                  |  | 13 - Código na Operadora |  | 76591569000130             | 14 - Nome do Contratado | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |       |         |    |                 |        |                                             |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante |  | RHENAN FREITAS CORADI    |  | 16 - Conselho Profissional | 6                       | 17 - Número no Conselho                                      | 46181 | 18 - UF | 41 | 19 - Código CBO | 225230 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |  |

|                                                          |                             |                       |  |               |                          |                 |                        |  |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|--|---------------|--------------------------|-----------------|------------------------|--|
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados |                             | 21 - Caráter Atendim. |  | 2             | 22 - Data da Solicitação | 28/08/2023      | 23 - Indicação Clínica |  |
| 24 - Tabela                                              | 25 - Código do Procedimento | 26 - Descrição        |  | 27 - QLSolic. |                          | 28 - QLAutoriz. |                        |  |

|                                |  |                          |  |                |                                                             |                                                              |                       |   |                                            |  |  |                  |       |
|--------------------------------|--|--------------------------|--|----------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------|---|--------------------------------------------|--|--|------------------|-------|
| Dados do Contratado Executante |  | 29 - Código na Operadora |  | 76591569000130 | 30 - Nome do Contratado                                     | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                       |   |                                            |  |  | 31 - Código CNES | 15563 |
| Dados do Atendimento           |  | 32 - Tipo Atendimento    |  | 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 - Qdate | 43 - Via | 44 - Tec | 45 - Fator Red./Acrease | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------------------------------------------|--|-----------|--|-------------------|-----------------|-------------|-------------------|----------------|------------|----------|----------|-------------------------|---------------------------|------------------------|

|                                                    |                 |                              |                           |                            |                         |         |                 |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|-----------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 |  |         |  |         |  |         |  |         |  |         |  |         |  |         | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |         |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 - / /                                           |  | 2 - / / |  | 3 - / / |  | 4 - / / |  | 5 - / / |  | 6 - / / |  | 7 - / / |  | 8 - / / |                                                | 9 - / / |  | 10 - / / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 58 - Observações / Justificativa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|                                                 |      |                                   |        |                            |         |                          |      |                                  |      |                                     |      |                        |                                                |  |
|-------------------------------------------------|------|-----------------------------------|--------|----------------------------|---------|--------------------------|------|----------------------------------|------|-------------------------------------|------|------------------------|------------------------------------------------|--|
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                  | 0.00 | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) | 144.94 | 61 - Total Materiais (R\$) | 1581.72 | 62 - Total de OPME (R\$) | 0.00 | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 5.65 | 64 - Total de Gases Médicinas (R\$) | 0.00 | 65 - Total Geral (R\$) | 1732.31                                        |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização |      |                                   |        |                            |         |                          |      |                                  |      |                                     |      |                        | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                   |      |                                   |        |                            |         |                          |      |                                  |      |                                     |      |                        |                                                |  |



1 - Registro ANS .. 2 - Número da Guia Referenciada  
000000 13063

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora 76591569000130 4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

5 - Código CNES 15563

Despesas Realizadas

| 6 - CD                           | 7 - Data                                                                 | 8 - Hr.Inicial | 9 - Hr.Final | 10 - Tabela | 11 - Código do Item | 12 - Qtd. | 13 - Unidade de Medida | 14 - Fator Red. / Acresc. | 15 - Valor Unitário-R\$ | 16 - Valor Total-R\$ |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|-------------|---------------------|-----------|------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|
| 17 - Registro ANVISA do Material | 18 - Referência do material no fabricante                                |                |              |             |                     |           |                        |                           |                         |                      |
| 1 - 02                           | 28/08/2023                                                               | 20:48:58       | 20:48:58     | 00          | 0000012002          | 5         | 001                    | 1.00                      | 1.13                    | 5.65                 |
| 20 - Descrição:                  | CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML.                                       |                |              |             |                     |           |                        |                           |                         |                      |
| 2 - 03                           | 28/08/2023                                                               | 20:48:58       | 20:48:58     | 00          | 0000045692          | 20        | 038                    | 1.00                      | 0.03                    | 0.60                 |
| 20 - Descrição:                  | FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER                            |                |              |             |                     |           |                        |                           |                         |                      |
| 3 - 03                           | 28/08/2023                                                               | 20:48:58       | 20:48:58     | 00          | 0000018481          | 13        | 036                    | 1.00                      | 1.09                    | 14.17                |
| 20 - Descrição:                  | COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAIO GAMA 186.460 |                |              |             |                     |           |                        |                           |                         |                      |
| 4 - 03                           | 28/08/2023                                                               | 21:05:00       | 21:05:00     | 00          | 0000062993          | 1         | 036                    | 1.00                      | 1563.10                 | 1563.10              |
| 20 - Descrição:                  | HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                                           |                |              |             |                     |           |                        |                           |                         |                      |
| 5 - 03                           | 28/08/2023                                                               | 20:48:58       | 20:48:58     | 00          | 0005195017          | 1         | 048                    | 1.00                      | 3.85                    | 3.85                 |
| 20 - Descrição:                  | LUVA CIRURGICA ESTERIL 6,5 PAR                                           |                |              |             |                     |           |                        |                           |                         |                      |
| 6 - 07                           | 28/08/2023                                                               | 20:48:58       | 20:48:58     | 18          | 60023082            | 1         | 036                    | 1.00                      | 144.94                  | 144.94               |
| 20 - Descrição:                  | TAXA DE SALA PEQUENOS PROCEDIMENTOSAMBULATORIAL                          |                |              |             |                     |           |                        |                           |                         |                      |

|                                 |                                |                             |                        |                                 |                           |                      |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------------|
| 21 - Total Gases Medicinais R\$ | 22 - Total de Medicamentos R\$ | 23 - Total de Materiais R\$ | 24 - Total de OPME R\$ | 25 - Total Taxas e Aluguéis R\$ | 26 - Total de Diárias R\$ | 27 - Total Geral R\$ |
| 0.00                            | 5.65                           | 1581.72                     | 0.00                   | 144.94                          | 0.00                      | 1732.31              |

Impresso por: CAROLINE.

Data/Hora: 21/09/2023 14:56:36

Conta/Lote: 2268630

Atendimento: 4118426

Convênio: 59-CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

|                         |                              |                               |                                             |
|-------------------------|------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS        | 5 - Número da Guia Principal | 6 - Data Validade da Senha    | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
| 000000                  | 4118426000000                |                               |                                             |
| 4 - Data da Autorização | 5 - Senha                    | 9 - Validade da Carteira      | 10 - Nome                                   |
| 28/08/2023              | 13063                        | 31/12/2023                    | JORDAN CALEB COSTA DE CAMPO                 |
| Dados do Beneficiário   |                              | 12 - Atendimento a RN         |                                             |
| 8 - Número da Carteira  |                              | 11 - Cartão Nacional de Saúde |                                             |
| 13063                   |                              | 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 | 17 - Número no Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| RHENAN FREITAS CORADI                 | 6                          | 46181                   | 41      | 225230          |                                             |

|                                                          |                          |                        |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados |                          |                        |
| 21 - Caracter Atendimento                                | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
| 2                                                        | 28/08/2023               |                        |

|             |                             |                |               |                 |
|-------------|-----------------------------|----------------|---------------|-----------------|
| 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                             | RHENAN FREITAS CORADI   |

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

|                                                       |                   |                 |             |                   |                            |          |          |                       |                           |                        |
|-------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|-------------|-------------------|----------------------------|----------|----------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados |                   |                 |             |                   |                            |          |          |                       |                           |                        |
| 36 - Data                                             | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Procedimento | 41 - Descrição             |          |          |                       |                           |                        |
| 1 28/08/2023                                          | 20:48:58          | 20:48:58        | 22          | 10101039          | Consulta em pronto socorro |          |          |                       |                           |                        |
|                                                       |                   |                 |             |                   | 42 - Cide                  | 43 - Via | 44 - Tec | 45 - Fator Red/Acresc | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|                                                       |                   |                 |             |                   | 001                        |          |          |                       |                           |                        |

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

|                                                   |        |        |        |        |        |        |        |        |         |                                                |  |
|---------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|------------------------------------------------|--|
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série |        |        |        |        |        |        |        |        |         | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |
| 1- / /                                            | 2- / / | 3- / / | 4- / / | 5- / / | 6- / / | 7- / / | 8- / / | 9- / / | 10- / / |                                                |  |

|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 58 - Observações / Justificativa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                |                                  |                            |                          |                                  |                                     |                        |
|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| 59 - Total Procedimentos (R\$) | 60 - Total Taxas e Aluguel (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\$) |
|                                |                                  |                            |                          |                                  |                                     |                        |

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

|           |                                |                     |                      |                                          |       |
|-----------|--------------------------------|---------------------|----------------------|------------------------------------------|-------|
| PRISCILA. | Data/Hora: 28/08/2023 21:14:03 | Conta/Lote: 2268630 | Atendimento: 4118426 | Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA | 1 / 1 |
|-----------|--------------------------------|---------------------|----------------------|------------------------------------------|-------|



|                                                                                                                            |                                   |                              |                                                             |                                                              |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1 - Registro ANS                                                                                                           | 000000                            |                              | 3 - Número da Guia Principal                                |                                                              |                                      |
| 4 - Data da Autorização                                                                                                    | 28/08/2023                        |                              | 5 - Semta                                                   | 13063                                                        |                                      |
| 6 - Número da Carteira                                                                                                     |                                   | 13063                        |                                                             | 9 - Validade da Carteira                                     | 31/12/2023                           |
| 8 - Nome do Beneficiário                                                                                                   |                                   | JORDAN CALEB COSTA DE CAMPO  |                                                             | 10 - Nome                                                    |                                      |
| 12 - Atendimento a RN                                                                                                      |                                   | N                            |                                                             | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora                  | 20592                                |
| 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                                                                                      | RHENAN FREITAS CORADI             |                              | 16 - Conselho Profissional                                  | 6                                                            |                                      |
| 17 - Número no Conselho                                                                                                    | 46181                             |                              | 18 - UF                                                     | 41                                                           |                                      |
| 19 - Código CBO                                                                                                            | 225230                            |                              | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                 |                                                              |                                      |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados                                                                   |                                   |                              |                                                             |                                                              |                                      |
| 21 - Caracter. Atendim.                                                                                                    | 2                                 |                              | 22 - Data da Solicitação                                    | 28/08/2023                                                   |                                      |
| 23 - Indicação Clínica                                                                                                     |                                   |                              | 24 - Tabela                                                 | 25 - Código do Procedimento                                  |                                      |
| 26 - Descrição                                                                                                             |                                   |                              | 27 - Ql.Solic.                                              | 28 - Ql.Autoriz.                                             |                                      |
| Dados do Contratado Executante                                                                                             |                                   |                              |                                                             |                                                              |                                      |
| 29 - Código na Operadora                                                                                                   | 76591569000130                    |                              | 30 - Nome do Contratado                                     | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                      |
| Dados do Atendimento                                                                                                       |                                   |                              |                                                             |                                                              |                                      |
| 32 - Tipo Atendimento                                                                                                      | 04                                |                              | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) | 9                                                            |                                      |
| 34 - Tipo de Consulta                                                                                                      | 1                                 |                              | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |                                                              |                                      |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                                                      |                                   |                              |                                                             |                                                              |                                      |
| 36 - Data                                                                                                                  | 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final |                              | 39 - Tabela                                                 | 40 - Procedimento                                            | 41 - Descrição                       |
| 42 - Qlde                                                                                                                  | 43 - Via                          |                              | 44 - Tec                                                    | 45 - Fator Red./Acesso                                       | 46 - Valor Unitário (R\$)            |
| 47 - Valor Total (R\$)                                                                                                     |                                   |                              | 48 - 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                                                                          |                                   |                              |                                                             |                                                              |                                      |
| 1- / /                                                                                                                     | 2- / /                            | 3- / /                       | 4- / /                                                      | 5- / /                                                       | 6- / /                               |
| 7- / /                                                                                                                     | 8- / /                            | 9- / /                       | 10- / /                                                     |                                                              |                                      |
| 38 - Observações / Justificativa                                                                                           |                                   |                              |                                                             |                                                              |                                      |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                                                                                             | 60 - Total Taxas e Aluguis (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\$)                                                                                                     |                                   |                              |                                                             |                                                              |                                      |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                            |                                   |                              |                                                             |                                                              |                                      |
| PRISCILA. Data/Hora: 28/08/2023 21:13:51 Conta/Lote: 2268630 Atendimento: 4118426 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |                                   |                              |                                                             |                                                              |                                      |
|                                                                                                                            |                                   |                              |                                                             |                                                              |                                      |
| 2268630 1 / 1                                                                                                              |                                   |                              |                                                             |                                                              |                                      |



|                                                                |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                     | 3 - Número da Guia Principal                                                            | 6 - Data Validade da Senha             | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>20592 | 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                             |
| 4 - Data da Autorização<br>28/08/2023                          | 5 - Senha<br>13063                                                                      | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2023 | 10 - Nome<br>JORDAN CALEB COSTA DE CAMPO             | 11 - Cartão Nacional de Saúde                                                                          |
| Dados do Beneficiário                                          |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| 8 - Número da Carteira<br>13063                                |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| Dados do Solicitante                                           |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| 13 - Código na Operadora<br>76591569000130                     | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>RHENAN FREITAS CORADI | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                         | 17 - Número no Conselho<br>46181       | 18 - UF<br>41                                        | 19 - Código CBO<br>225230                                                                              |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados       |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| 21 - Caráter Atendim.<br>2                                     | 22 - Data da Solicitação<br>28/08/2023                                                  | 23 - Indicação Clínica                 |                                                      |                                                                                                        |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento                     | 26 - Descrição                                                                          |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| Dados do Contratado Executante                                 |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                     | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 31 - Código CNES<br>15563              |                                                      |                                                                                                        |
| Dados do Atendimento                                           |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                    | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)<br>9                        | 34 - Tipo de Consulta<br>1             | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento           |                                                                                                        |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados          |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| 36 - Data<br>37 - Hora Inicial<br>38 - Hora Final              | 39 - Tabela<br>40 - Procedimento                                                        | 41 - Descrição                         | 42 - Qtd                                             | 43 - Via<br>44 - Tec<br>45 - Fator Red./Acresc.<br>46 - Valor Unitário (R\$)<br>47 - Valor Total (R\$) |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)             |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| 48 - Seq. Ref.<br>49 - Grau Part.                              | 50 - Código na operadora/CPF                                                            | 51 - Nome do Profissional              | 52 - Conselho Profissional                           | 53 - Número no Conselho                                                                                |
| 54 - UF<br>55 - Código CBO                                     |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série              |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| 1- / /                                                         | 2- / /                                                                                  | 3- / /                                 | 4- / /                                               | 5- / /                                                                                                 |
| 6- / /                                                         | 7- / /                                                                                  | 8- / /                                 | 9- / /                                               | 10- / /                                                                                                |
| 58 - Observações / Justificativa                               |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                                 | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)                                                       | 61 - Total Materiais (R\$)             | 62 - Total de CPME (R\$)                             | 63 - Total de Medicamentos (R\$)                                                                       |
| 64 - Total de Gases Médicinas (R\$)                            | 65 - Total Geral (R\$)                                                                  | 66 - Assinatura do Contratado          |                                                      |                                                                                                        |
| 67 - Assinatura do Responsável pela Autorização                |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| 68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                 |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| PRISCILA. Data/Hora: 28/08/2023 21:13:51                       |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| Conta/Lote: 2268630                                            |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| Atendimento: 4118426                                           |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA                       |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| 2268630                                                        |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |
| 1 / 1                                                          |                                                                                         |                                        |                                                      |                                                                                                        |



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Jordan Caleb Costa de Campos  
**Nº da Carteira:** 3.357.255  
**Instituição:** Escola Adventista Colombo



**Data de Nascimento:** 17/01/2019

**Nº da Guia:** 13063

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 28/08/2023         | 16:43:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu                                             | Partes do corpo |
|-------------------------------------------------------------|-----------------|
| Aluno caiu com a boca na trave , corte na altura dos lábios | Lábios          |

## Descrição

Estava correndo para buscar a bola , tropeçou e caiu com a boca na trave do gol.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Vitor Rodoval            | (41) 3028-5450 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Andressa Caroline               | 28/08/2023 |

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

## Observações

Aluno foi atendido pela monitora , esta bem porem com um corte no lábio, foi avisado os pais e encaminhado ao pronto atendimento.

Ass.:

Reginaldo Aparecido Ferreira

**Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

Zimbra

## RES: HPP URGENTE - PENDÊNCIAS DE LIBERAÇÕES CLÍNICA ADVENTISTA

De : CLAC - Leticia Carvalho <assistenciamedica@clinicaadventista.org.br>  
 Assunto : RES: HPP URGENTE - PENDÊNCIAS DE LIBERAÇÕES CLÍNICA ADVENTISTA  
 Para : 'Vinicius Henrique Wolski' <vinicius.wolski@hpp.org.br>

seg., 11 de set. de 2023 16:48

2 anexos

Boa tarde Vinicius, pode autorizar a cobrança pra nós.

Atenciosamente

Leticia Silva Carvalho

Analista de Assistência Médica

(41) 3240.2915

(41) 99895.0157

clinicaadventista.org.br

Clínica Adventista  
de CuritibaClínica Adventista  
de Porto Alegre

De: Vinicius Henrique Wolski &lt;vinicius.wolski@hpp.org.br&gt;

Enviada em: quarta-feira, 6 de setembro de 2023 18:36

Para: assistenciamedica &lt;assistenciamedica@clinicaadventista.org.br&gt;; gestaosaude &lt;gestaosaude@clinicaadventista.org.br&gt;; atendimento &lt;atendimento@clinicaadventista.org.br&gt;

Cc: liberacoes-emergenciais &lt;liberacoes-emergenciais@hpp.org.br&gt;

Assunto: HPP URGENTE - PENDÊNCIAS DE LIBERAÇÕES CLÍNICA ADVENTISTA

Prezados, boa tarde!

Precisamos de retorno com urgência em relação aos itens pendentes abaixo.

Por se tratar de material de consumo hospitalar (histoacryl) podemos cobrá-lo em conta hospitalar?

Assunto: Pendências de Liberações Emergenciais – OUTROS COM

| Beneficiário                  | Carteirinha | Procedimento | Data da solicitação | motivo da pendência |
|-------------------------------|-------------|--------------|---------------------|---------------------|
| PEDRO HENRIQUE MARCUZ MARQUES | 3357125     | 70312426x01  | 1/9/2023            |                     |
| JORDAN CALEB COSTA DE CAMPO   | 13063       | 70312426x01  | 1/9/2023            |                     |
| JORGE VITOR DE PAULA REIS     | 3269391     | 70312426x01  | 5/9/23              |                     |

Att



Vinicius Henrique Wolski

Coordenador de Autorizações

Eletivos - Emergenciais - Internados

41.3310-1011 - 41 99624-5694

vinicius.wolski@hpp.org.br

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

Esta mensagem pode conter informações pessoais ou sigilosas. Se você não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber este e-mail, não deverá utilizar, copiar, alterar, compartilhar ou divulgar as informações nele inseridas. Se você recebeu esta mensagem por engano, favor avisar imediatamente a pessoa remetente respondendo ao e-mail e em seguida apagando-o.

De: "Natalia Schiestl da Silva" &lt;natalia.silva@hpp.org.br&gt;

Para: "assistenciamedica" &lt;assistenciamedica@clinicaadventista.org.br&gt;, "gestaosaude" &lt;gestaosaude@clinicaadventista.org.br&gt;, "atendimento" &lt;atendimento@clinicaadventista.org.br&gt;

Cc: "liberacoes-emergenciais" &lt;liberacoes-emergenciais@hpp.org.br&gt;, "Vinicius Henrique Wolski" &lt;vinicius.wolski@hpp.org.br&gt;

Enviadas: Quarta-feira, 6 de setembro de 2023 9:37:54

Assunto: HPP: PENDÊNCIAS DE LIBERAÇÕES-CLÍNICA ADVENTISTA

Bom dia,

Segue planilha de procedimentos pendentes de liberação:

Assunto: Pendências de Liberações Emergenciais – OUTROS COM

| Beneficiário                  | Carteirinha | Procedimento | Data da solicitação | motivo da pendência |
|-------------------------------|-------------|--------------|---------------------|---------------------|
| PEDRO HENRIQUE MARCUZ MARQUES | 3357125     | 70312426x01  | 1/9/2023            |                     |
| JORDAN CALEB COSTA DE CAMPO   | 13063       | 70312426x01  | 1/9/2023            |                     |
| JORGE VITOR DE PAULA REIS     | 3269391     | 70312426x01  | 5/9/23              |                     |

Att.



Natalia Schiestl da Silva

Auxiliar de Central de Guias

+55.41.3310.1010

natalia.silva@hpp.org.br

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



Atendimento: 4122299 - JORGE VITOR DE PAULA REIS Lote: 2270358 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Paciente....: JORGE VITOR DE PAULA REIS Data de Nasc.: 29/08/2007  
Convênio....: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Plano.....: EMPRESARIAL  
Medico/CRM.: GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS / 51922  
Guia.....: 13155 Validade.:  
Carteira....: 3269391 Validade.: 31/12/2023 Titular.: JORGE VITOR DE PAULA REIS  
Biometria...:  
CID.....: S009  
Código RAT.:  
Endereço...: RUA DOS BICO-DE-LACRES 95 NOVO MUNDO CURITIBA PR  
Fone.....: 31514303  
Entrada.....: 01/09/2023 10:25 Saída: 01/09/2023 11:01



2270358

### Resumo da Conta

| Grupo de Procedimento / Setor       | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme | Total           |
|-------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-----------------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>         |           |       |          |       | <b>144,94</b>   |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 144,94    |       |          |       | 144,94          |
| <b>MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO</b> |           |       |          |       | <b>5,65</b>     |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 5,65      |       |          |       | 5,65            |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>         |           |       |          |       | <b>1.563,70</b> |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 1.563,70  |       |          |       | 1.563,70        |
| <b>MATERIAIS SIMPRO</b>             |           |       |          |       | <b>18,02</b>    |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 18,02     |       |          |       | 18,02           |
| <b>Total da Conta: R\$</b>          |           |       |          |       | <b>1.732,31</b> |

#### TAXAS DE USO DE SALA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                             | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|----------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 60023082 TAXA DE SALA PEQUENOS PROCEDIMENTOSAMBULATORIAL | UN          | 1    | 144,94      | 144,94   |
| Total do Setor:                                          |             |      |             | 144,94   |
| Total de TAXAS DE USO DE SALA:                           |             |      |             | 144,94   |

#### MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                  | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000012002 CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML. | AMP         | 5    | 1,13        | 5,65     |
| Total do Setor:                               |             |      |             | 5,65     |
| Total de MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO:        |             |      |             | 5,65     |

#### MATERIAIS BRASINDICE

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                             | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|----------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000045692 FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER | CM          | 20   | 0,03        | 0,60     |
| 0000062993 HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                | UN          | 1    | 1.563,10    | 1.563,10 |
| Total do Setor:                                          |             |      |             | 1.563,70 |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                           |             |      |             | 1.563,70 |

#### MATERIAIS SIMPRO

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                          | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000018481 COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAO | UN          | 13   | 1,09        | 14,17    |
| 0005195017 LUVA CIRURGICA ESTERIL 6,5 PAR                             | PAR         | 1    | 3,85        | 3,85     |
| Total do Setor:                                                       |             |      |             | 18,02    |
| Total de MATERIAIS SIMPRO:                                            |             |      |             | 18,02    |

### Prestadores Credenciados

#### CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv. | Unid./Ativ. | HE | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|----------------------------------------------|-------------|----|------|-------------|----------|
| 01/09/2023 | 10101039 Consulta em pronto socorro          | UN          | N  | 1    | 158,00      | 158,00   |

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO





1 - Registro ANS 000000

4 - Data da Autorização 12/09/2023

5 - Série 13155

8 - Número da Carteira 3269391

9 - Validade da Carteira 31/12/2023

10 - Nome JORGE VITOR DE PAULA REIS

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a BN N

13 - Código na Operadora 76591569000130

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

15 - Nome do Profissional Solicitante GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 51922

18 - UF 41

19 - Código CBO 225230

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter Atendim. 2

22 - Data da Solicitação 12/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

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

29 - Código na Operadora 76591569000130

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

31 - Código CNES 15563

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9

34 - Tipo de Consulta 1

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./Acrrese 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

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\$) 0.00

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 144.94

61 - Total Materiais (R\$) 1581.72

62 - Total de CPME (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 5.65

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

65 - Total Geral (R\$) 1732.31

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

CAROLINE. Data/Hora: 21/09/2023 15:00:55 Contat.ote: 2270358 Atendimento: 4122299 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2270358

1 / 1

|                               |                                          |
|-------------------------------|------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS ..<br>000000 | 2 - Número da Guia Referenciada<br>13155 |
|-------------------------------|------------------------------------------|

Dados do Contratado Executante

|                                           |                                                                                        |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 - Código na Operadora<br>76591569000130 | 4 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|

|                          |
|--------------------------|
| 5 - Código CNES<br>15563 |
|--------------------------|

Despesas Realizadas

| 6 - CD                           | 7 - Data                                                                | 8 - Hr.Inicial | 9 - Hr.Final | 10 - Tabela | 11 - Código do Item | 12 - Qlde. | 13 - Unidade de Medida | 14 - Fator Red. / Acresc. | 15-Valor Unitário-R\$ | 16-Valor Total-R\$ |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|-------------|---------------------|------------|------------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------|
| 17 - Registro ANVISA do Material | 18 - Referência do material no fabricante                               |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |
| 1 - 02                           | 01/09/2023                                                              | 10:25:42       | 10:25:42     | 00          | 0000012002          | 5          | 001                    | 1.00                      | 1.13                  | 5.65               |
| 20 - Descrição:                  | CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML.                                      |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |
| 2 - 03                           | 01/09/2023                                                              | 10:25:42       | 10:25:42     | 00          | 0000045692          | 20         | 038                    | 1.00                      | 0.03                  | 0.60               |
| 20 - Descrição:                  | FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER                           |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |
| 3 - 03                           | 01/09/2023                                                              | 10:25:42       | 10:25:42     | 00          | 0000018481          | 13         | 036                    | 1.00                      | 1.09                  | 14.17              |
| 20 - Descrição:                  | COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAO GAMA 166,460 |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |
| 4 - 03                           | 01/09/2023                                                              | 11:01:08       | 11:01:08     | 00          | 0000062993          | 1          | 036                    | 1.00                      | 1563.10               | 1563.10            |
| 20 - Descrição:                  | HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                                          |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |
| 5 - 03                           | 01/09/2023                                                              | 10:25:42       | 10:25:42     | 00          | 0005195017          | 1          | 048                    | 1.00                      | 3.85                  | 3.85               |
| 20 - Descrição:                  | LUVA CIRURGICA ESTERIL 6,5 PAR                                          |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |
| 6 - 07                           | 01/09/2023                                                              | 10:25:42       | 10:25:42     | 18          | 60023082            | 1          | 036                    | 1.00                      | 144.94                | 144.94             |
| 20 - Descrição:                  | TAXA DE SALA PEQUENOS PROCEDIMENTOSAMBULATORIAL                         |                |              |             |                     |            |                        |                           |                       |                    |

|                                         |                                        |                                        |                                |                                           |                                   |                                 |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 21 - Total Gases Medicinais R\$<br>0.00 | 22 - Total de Medicamentos R\$<br>5.65 | 23 - Total de Materiais R\$<br>1581.72 | 24 - Total de OPME R\$<br>0.00 | 25 - Total Taxas e Aluguéis R\$<br>144.94 | 26 - Total de Diárias R\$<br>0.00 | 27 - Total Geral R\$<br>1732.31 |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|



1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 4122299000000

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

8 - Número da Carteira 3269391 9 - Validade da Carteira 31/12/2023 10 - Nome JORGE VITOR DE PAULA REIS 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 GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 51922 18 - UF 41 19 - Código CBO 225230 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Cartão Atendim. 22 - Data da Solicitação 01/09/2023 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 GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS 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 - Qlde 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 1 01/09/2023 10:25:42 10:25:42 22 10101039 Consulta em pronto socorro 001 30803794 Sufitua 01

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\$) 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\$)

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

CLAUDIA. Data/Hora: 01/09/2023 11:05:30 Contat/Lote: 2270358 Atendimento: 41222299 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 2270358 1 / 1

|                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                           |  | 5 - Número da Guia Principal<br>4122299000000                                                                                        |  |
| 4 - Data da Autorização                                                                                                              |  | 5 - Senha                                                                                                                            |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                |  | 6 - Data Validade da Senha                                                                                                           |  |
| 3 - Número da Carteira<br>3269391                                                                                                    |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2023                                                                                               |  |
| Dados do Solicitante                                                                                                                 |  | 10 - Nome<br>JORGE VITOR DE PAULA REIS                                                                                               |  |
| 13 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                                                           |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                                              |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS                                                            |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                                                                      |  |
| 17 - Número no Conselho<br>51922                                                                                                     |  | 18 - UF<br>41                                                                                                                        |  |
| 19 - Código CBO<br>225230                                                                                                            |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br> |  |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados                                                                             |  | 21 - Caráter Atendim.<br>2                                                                                                           |  |
| 22 - Data da Solicitação<br>01/09/2023                                                                                               |  | 23 - Indicação Clínica                                                                                                               |  |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento                                                                                           |  | 26 - Descrição                                                                                                                       |  |
| 27 - QLSócio.                                                                                                                        |  | 28 - QLAutoriz.                                                                                                                      |  |
| Dados do Contratado Executante                                                                                                       |  |                                                                                                                                      |  |
| 29 - Código na Operadora<br>59                                                                                                       |  | 30 - Nome do Contratado<br>GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS                                                                          |  |
| Dados do Atendimento                                                                                                                 |  |                                                                                                                                      |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                                                          |  | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)<br>9                                                                     |  |
| 34 - Tipo de Consulta<br>1                                                                                                           |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                                                           |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                                                                |  |                                                                                                                                      |  |
| 36 - Data<br>01/09/2023                                                                                                              |  | 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final<br>10:25:42 10:25:42                                                                               |  |
| 39 - Tabela<br>22                                                                                                                    |  | 40 - Procedimento<br>10101039                                                                                                        |  |
| 41 - Descrição<br>Consulta em pronto socorro                                                                                         |  | 42 - Qide<br>001                                                                                                                     |  |
| 43 - Via                                                                                                                             |  | 44 - Tec                                                                                                                             |  |
| 45 - Fator Red/Accesc                                                                                                                |  | 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                                                                                    |  |                                                                                                                                      |  |
| 1 - / /                                                                                                                              |  | 3 - / /                                                                                                                              |  |
| 2 - / /                                                                                                                              |  | 4 - / /                                                                                                                              |  |
| 5 - / /                                                                                                                              |  | 7 - / /                                                                                                                              |  |
| 6 - / /                                                                                                                              |  | 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 Médicinas (R\$)                                                                                                  |  |
| 65 - Total Geral (R\$)                                                                                                               |  | 66 - Assinatura do Contratado                                                                                                        |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br> |  |                                                                                                                                      |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                                                        |  |                                                                                                                                      |  |
| 69 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 70 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 71 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 72 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 73 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 74 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 75 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 76 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 77 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 78 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 79 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 80 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 81 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 82 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 83 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 84 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 85 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 86 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 87 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 88 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 89 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 90 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 91 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 92 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 93 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 94 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 95 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 96 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 97 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 98 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 99 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                      |  |                                                                                                                                      |  |
| 100 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 101 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 102 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 103 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 104 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 105 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 106 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 107 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 108 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 109 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 110 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 111 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 112 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 113 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 114 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 115 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 116 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 117 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 118 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 119 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 120 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 121 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 122 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 123 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 124 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 125 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 126 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 127 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 128 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 129 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 130 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 131 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 132 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 133 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 134 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 135 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 136 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 137 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 138 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 139 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 140 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 141 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 142 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 143 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 144 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 145 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 146 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 147 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 148 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 149 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 150 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 151 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 152 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 153 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 154 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 155 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 156 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 157 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 158 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 159 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 160 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 161 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 162 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 163 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 164 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 165 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 166 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |
| 167 - Assinatura da Responsável pela Autorização                                                                                     |  |                                                                                                                                      |  |



1 - Registro ANS 000000  
3 - Número da Guia Principal 4122299000000

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

3269391

9 - Validade da Carteira

31/12/2023

10 - Nome

JORGE VITOR DE PAULA REIS

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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

GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

51922

18 - UF

41

19 - Código CBO

225230

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cartão Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

01/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Ql.Solic.

28 - Ql.Autentic.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

59

30 - Nome do Contratado

GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS

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

01/09/2023

37 - Hora Inicial

10:25:42

38 - Hora Final

10:25:42

39 - Tabela

22

40 - Procedimento

10101039

41 - Descrição

Consulta em pronto socorro

42 - Qlde

001

43 - Via

001

44 - Tec

001

45 - Fator Red/Acresc

001

46 - Valor Unitário (R\$)

001

47 - Valor Total (R\$)

001

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

48 - Seq. Prof.

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\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (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

CLAUDIA

Data/Hora: 01/09/2023 11:05:30

Conta/Lote: 2270358

Atendimento: 41222299

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2270358

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Jorge Vitor de Paula Reis  
Nº da Carteira: 3.26.9391  
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 29/08/2007

Nº da Guia: 13155

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 01/09/2023         | 09:14:00 | Ginásio | Aula de educação física |

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

## Descrição

Após o término da aula de ed.física o aluno pulou nas escadas e bateu a cabeça na viga superior. Corte na cabeça e sangramento, recebeu primeiros atendimento com gelo e antisséptico no local.

## Testemunha da ocorrência

### Telefone

Alisson

(41) 3248-5380

Alisson

(41) 3248-5380

## Quem prestou primeiros socorros

### Data

Alisson

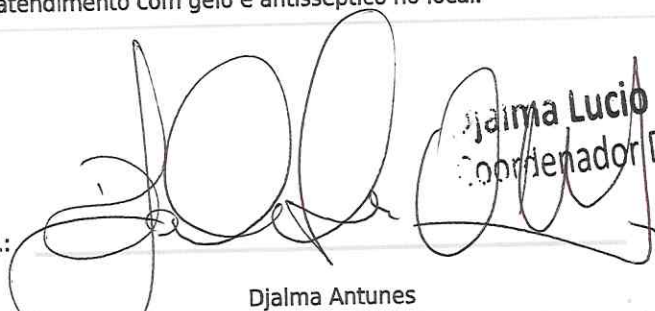
01/09/2023

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

## Observações

Após o término da aula de ed.física o aluno pulou nas escadas e bateu a cabeça na viga superior. Corte na cabeça e sangramento, recebeu primeiros atendimento com gelo e antisséptico no local.

Ass.:

  
Djalma Lucio Antunes  
Coordenador Disciplinar

Djalma Antunes

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



**Zimbra**

**thais.menezes@hpp.org.br**

---

**RES: HPP -JORGE VITOR DE PAULA REIS - GUIA 13155 - CLINICA ADVENTISTA**

---

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

seg., 11 de set. de 2023 16:45

 1 anexo

**Assunto :** RES: HPP -JORGE VITOR DE PAULA REIS - GUIA  
13155 - CLINICA ADVENTISTA

**Para :** 'Thais Sette Cardoso Menezes'  
<thais.menezes@hpp.org.br>

Autorizado.

Atenciosamente

**Leticia Silva Carvalho**

Analista de Assistência Médica

☎ (41) 3240.2915

☎ (41) 99895.0157

[clinicaadventista.org.br](http://clinicaadventista.org.br)



Clínica Adventista  
de Curitiba



Clínica Adventista  
de Porto Alegre

De: Thais Sette Cardoso Menezes <[thais.menezes@hpp.org.br](mailto:thais.menezes@hpp.org.br)>

**Enviada em:** segunda-feira, 11 de setembro de 2023 14:42

**Para:** [gestaosaude@clinicaadventista.org.br](mailto:gestaosaude@clinicaadventista.org.br); [atendimento@clinicaadventista.org.br](mailto:atendimento@clinicaadventista.org.br); [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br)

**Cc:** [liberacoes-emergenciais@hpp.org.br](mailto:liberacoes-emergenciais@hpp.org.br); Vinicius Henrique Wolski <[vinicius.wolski@hpp.org.br](mailto:vinicius.wolski@hpp.org.br)>

**Assunto:** Fwd: HPP - JORGE VITOR DE PAULA REIS - GUIA 13155 - CLINICA ADVENTISTA

Prezado (a) Boa tarde!

Solicito gentileza o retorno do email.

Atenciosamente,



**Thais Sette Cardoso Menezes**

Auxiliar de Central de Guias

+55.41.3310.1011

[thais.menezes@hpp.org.br](mailto:thais.menezes@hpp.org.br)

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

Príncipe [www.pequenoprincipe.org.br](http://www.pequenoprincipe.org.br)



Esta mensagem pode conter informações pessoais ou sigilosas. Se você não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber este e-mail, não deverá utilizar, copiar, alterar, compartilhar ou divulgar as informações nele inseridas. Se você recebeu esta mensagem por engano, favor avisar imediatamente a pessoa remetente respondendo ao e-mail e em seguida apagando-o.

This message may contain personal or confidential information. If you are not the recipient or the person authorized to receive this e-mail, you should not use, copy, alter, share or disclose the information contained in it. If you have received this message by mistake, please notify the sender immediately by replying to the e-mail and then deleting it.



**Cc:** "atendimento" <[atendimento@clinicaadventista.org.br](mailto:atendimento@clinicaadventista.org.br)>, "gestaosau" <[gestaosau@clinicaadventista.org.br](mailto:gestaosau@clinicaadventista.org.br)>, "liberacoes-emergenciais" <[liberacoes-emergenciais@hpp.org.br](mailto:liberacoes-emergenciais@hpp.org.br)>, "Vinicius Henrique Wolski" <[vinicius.wolski@hpp.org.br](mailto:vinicius.wolski@hpp.org.br)>  
**Enviadas:** Terça-feira, 5 de setembro de 2023 13:55:56  
**Assunto:** HPP -JORGE VITOR DE PAULA REIS - GUIA 13155 - CLINICA ADVENTISTA

Prezado (a) Boa tarde!

Paciente: JORGE VITOR DE PAULA REIS

Guia: 13155

Segue anexo Anamnese do atendimento do paciente acima citado.

Solicito liberação da COLA HISTOACRYL - 70312426 x 01.

Atenciosamente,



Thais Sette Cardoso Menezes

Auxiliar de Central de Guias

+55.41.3310.1011

[thais.menezes@hpp.org.br](mailto:thais.menezes@hpp.org.br)

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

Príncipe [www.pequenoprincipe.org.br](http://www.pequenoprincipe.org.br)



Esta mensagem pode conter informações pessoais ou sigilosas. Se você não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber este e-mail, não deverá utilizar, copiar, alterar, compartilhar ou divulgar as informações nele inseridas. Se você recebeu esta mensagem por engano, favor avisar imediatamente a pessoa remetente respondendo ao e-mail e em seguida apagando-o.

This message may contain personal or confidential information. If you are not the recipient or the person authorized to receive this e-mail, you should not use, copy, alter, share or disclose the information contained in it. If you have received this message by mistake, please notify the sender immediately by replying to the e-mail and then deleting it.

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO





**Total da Conta (-) Desconto + Credenciados:**

111





Clínica Adventista  
de Curitiba

**ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**  
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

|                               |                                          |
|-------------------------------|------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS ..<br>000000 | 2 - Número da Guia Referenciada<br>13532 |
|-------------------------------|------------------------------------------|

Dados do Contratado Executante

|                                           |                                                                                        |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 - Código na Operadora<br>76591569000130 | 4 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. PAUL CARNEIRO |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|

|                          |
|--------------------------|
| 5 - Código CNES<br>15563 |
|--------------------------|

Despesas Realizadas

| 6 - CD                                                                                   | 7 - Data                                  | 8 - Hr. Inicial | 9 - Hr. Final | 10 - Tabela | 11 - Código do Item | 12 - Qtd. | 13 - Unidade de Medida | 14 - Fator Red. / Acresc. | 15-Valor Unitário-R\$<br>19 - Nº Autorização de Funcionamento | 16-Valor Total-R\$ |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------|---------------|-------------|---------------------|-----------|------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------|
| 17 - Registro ANVISA do Material                                                         | 18 - Referência do material no fabricante |                 |               |             |                     |           |                        |                           |                                                               |                    |
| 1 - 02                                                                                   | 22/09/2023                                | 14:49:10        | 14:49:10      | 20          | 90425588            | 5         | 001                    | 1,00                      | 1,13                                                          | 5,65               |
| 20 - Descrição: CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML.                                       |                                           |                 |               |             |                     |           |                        |                           |                                                               |                    |
| 2 - 03                                                                                   | 22/09/2023                                | 14:49:10        | 14:49:10      | 00          | 0000045692          | 20        | 038                    | 1,00                      | 0,03                                                          | 0,60               |
| 20 - Descrição: FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER                            |                                           |                 |               |             |                     |           |                        |                           |                                                               |                    |
| 3 - 03                                                                                   | 22/09/2023                                | 14:49:10        | 14:49:10      | 00          | 0000018481          | 13        | 038                    | 1,00                      | 1,09                                                          | 14,17              |
| 20 - Descrição: COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM PAIO GAMA 166 460 |                                           |                 |               |             |                     |           |                        |                           |                                                               |                    |
| 4 - 03                                                                                   | 22/09/2023                                | 15:21:15        | 15:21:15      | 00          | 0000062983          | 1         | 036                    | 1,00                      | 1563,10                                                       | 1563,10            |
| 20 - Descrição: HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                                           |                                           |                 |               |             |                     |           |                        |                           |                                                               |                    |
| 5 - 03                                                                                   | 22/09/2023                                | 14:49:10        | 14:49:10      | 00          | 0005195017          | 1         | 048                    | 1,00                      | 3,85                                                          | 3,85               |
| 20 - Descrição: LUVA CIRURGICA ESTERIL 6,5 PAR                                           |                                           |                 |               |             |                     |           |                        |                           |                                                               |                    |
| 6 - 07                                                                                   | 22/09/2023                                | 14:49:10        | 14:49:10      | 18          | 60023082            | 1         | 036                    | 1,00                      | 144,94                                                        | 144,94             |
| 20 - Descrição: TAXA DE SALA PEQUENOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAL                         |                                           |                 |               |             |                     |           |                        |                           |                                                               |                    |

|                                         |                                        |                                        |                                |                                           |                                   |                                 |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 21 - Total Gases Medicinais R\$<br>0,00 | 22 - Total de Medicamentos R\$<br>5,65 | 23 - Total de Materiais R\$<br>1581,72 | 24 - Total de OPME R\$<br>0,00 | 25 - Total Taxas e Aluguéis R\$<br>144,94 | 26 - Total de Diárias R\$<br>0,00 | 27 - Total Geral R\$<br>1732,31 |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|

|  |                       |
|--|-----------------------|
|  | 12 - Alendimento a RN |
|  | N                     |



da do Profissional Solicitante  
da Silva Santos  
R 51/923

28 - Qt. Autoriz.

|                  |       |
|------------------|-------|
| 31 - Código CNES | 15563 |
|------------------|-------|

Valor Total (R\$)

---

55 - Código CBO

---

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

(29)

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

1 / 1



1/1

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Kauan de Souza da Silva  
**Nº da Carteira:** 3.26.8226  
**Instituição:** Colégio Adventista Portão - EIEFM



**Data de Nascimento:** 10/08/2014

**Nº da Guia:** 13532

| Data da Ocorrência | Horário  | Local        | Atividade               |
|--------------------|----------|--------------|-------------------------|
| 22/09/2023         | 13:33:00 | Sala de Aula | Aula de outras matérias |

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

## Descrição

O aluno estava em sala de aula e foi empurrado por um colega e caiu, bateu o queixo no chão e cortou.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Gilva                    | (41) 3028-5430 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Alana                           | 22/09/2023 |

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

## Observações

O aluno foi atendido pela monitora, foi informado a mãe e encaminhado ao hospital.

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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



Bom dia Diego,

Autorizado.

Atenciosamente

**Leticia Silva Carvalho**

Analista de Assistência Médica

(41) 3240.2915

(41) 99895.0157

[clinicaadventista.org.br](http://clinicaadventista.org.br)



Clínica Adventista  
de Curitiba



Clínica Adventista  
de Porto Alegre

De: DIEGO O DE ALMEIDA FARIA <[diego.faria@hpp.org.br](mailto:diego.faria@hpp.org.br)>

**Enviada em:** quinta-feira, 28 de setembro de 2023 08:56

**Para:** [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br)

**Cc:** [gestaosaude@clinicaadventista.org.br](mailto:gestaosaude@clinicaadventista.org.br); [atendimento@clinicaadventista.org.br](mailto:atendimento@clinicaadventista.org.br)

**Assunto:** Liberação do paciente: KAUAN DE SOUZA DA SILVA

Bom dia,

Paciente: Kauan de Souza da Silva

Guia: 13532

Segue anexo Anamnese do atendimento do paciente acima citado.

Solicito liberação da COLA HISTOACRYL - 70312426 x 01.

Att.



**DIEGO O DE ALMEIDA FARIA**

Auxiliar de Central de Guias

+55.41.3310-1730

[diego.faria@hpp.org.br](mailto:diego.faria@hpp.org.br)

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

Pequeno Príncipe [www.pequenoprincipe.org.br](http://www.pequenoprincipe.org.br)



Esta mensagem pode conter informações pessoais ou sigilosas. Se você não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber este e-mail, não deverá utilizar, copiar, alterar, compartilhar ou divulgar as informações nele inseridas. Se você recebeu esta mensagem por engano, favor avisar imediatamente a pessoa remetente respondendo ao e-mail e em seguida apagando-o.

This message may contain personal or confidential information. If you are not the recipient or the person authorized to receive this e-mail, you should not use, copy, alter, share or disclose the information contained in it. If you have received this message by mistake, please notify the sender immediately by replying to the e-mail and then deleting it.



**Zimbra**

**diego.faria@hpp.org.br**

---

**RES: Liberação do paciente: KAUAN DE SOUZA DA SILVA**

---

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

sex., 29 de set. de 2023 12:21

 1 anexo

**Assunto :** RES: Liberação do paciente: KAUAN DE SOUZA DA SILVA

**Para :** 'DIEGO O DE ALMEIDA FARIA'  
<diego.faria@hpp.org.br>

Atendimento: 4138666 - LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO Lote: 2278747 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente....: LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO  
11/01/2007  
Convênio....: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Plano.....: EMPRESARIAL  
Medico/CRM.: LUCAS KOJI MATSUZAKI / 40994  
Guia.....: 4138666 Validade.:  
Carteira....: 000000 Validade.: 31/12/2023 Titular.: LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO  
Biometria...:  
CID.....: K869  
Código RAT.:  
Endereço....: RUA RUI BARBOSA 467 VARGEM GRANDE PINHAIS PR  
Fone.....: 98607995  
Entrada.....: 20/09/2023 17:49 Saída: 20/09/2023 20:26



### Resumo da Conta

| Grupo de Procedimento / Setor       | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme      | Total         |
|-------------------------------------|-----------|-------|----------|------------|---------------|
| <b>MEDICAMENTOS</b>                 |           |       |          |            | <b>16,85</b>  |
| POSTO 014-ENFERM./MEDICOS-HPP       | 16,85     |       |          |            | 16,85         |
| <b>MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO</b> |           |       |          |            | <b>2,26</b>   |
| POSTO 014-ENFERM./MEDICOS-HPP       | 2,26      |       |          |            | 2,26          |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>         |           |       |          |            | <b>306,69</b> |
| POSTO 014-ENFERM./MEDICOS-HPP       | 135,46    |       |          |            | 135,46        |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 171,23    |       |          |            | 171,23        |
| <b>PATOLOGIA CLINICA</b>            |           |       |          |            | <b>197,01</b> |
| LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS    | 197,01    |       |          |            | 197,01        |
| <b>RADIODIAGNOSTICO</b>             |           |       |          |            | <b>73,55</b>  |
| RAIO-X CEIMA                        | 62,20     |       |          | 11,35      | 73,55         |
| <b>Total da Conta:</b>              |           |       |          | <b>R\$</b> | <b>596,36</b> |

#### MEDICAMENTOS

Setor 132 POSTO 014-ENFERM./MEDICOS-HPP

| Procedimento           | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 90239687 TORAGESIC     | AMP         | 1    | 16,85       | 16,85    |
| Total do Setor:        |             |      |             | 16,85    |
| Total de MEDICAMENTOS: |             |      |             | 16,85    |

#### MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO

Setor 132 POSTO 014-ENFERM./MEDICOS-HPP

| Procedimento                                | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|---------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 90425588 CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML. | AMP         | 2    | 1,13        | 2,26     |
| Total do Setor:                             |             |      |             | 2,26     |
| Total de MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO:      |             |      |             | 2,26     |

#### MATERIAIS BRASINDICE

Setor 132 POSTO 014-ENFERM./MEDICOS-HPP

| Procedimento                                                    | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 70014370 AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 18G 1 1/2               | UN          | 2    | 2,88        | 5,76     |
| 0000005203 POLIFIX 2 VIAS NEO BBRAUN                            | UN          | 1    | 118,70      | 118,70   |
| 70705330 SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Lock) | UN          | 2    | 5,50        | 11,00    |
| Total do Setor:                                                 |             |      |             | 135,46   |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                                  |             |      |             | 135,46   |

#### MATERIAIS BRASINDICE

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                           | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000062644 CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO G 24- BBRAUN | UN          | 1    | 171,23      | 171,23   |
| Total do Setor:                                        |             |      |             | 171,23   |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                         |             |      |             | 171,23   |

#### PATOLOGIA CLINICA

Setor 592 LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

| Procedimento | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------|-------------|------|-------------|----------|
|--------------|-------------|------|-------------|----------|



Atendimento: 4138666 - LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO Lote: 2278747 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

|          |                                                              |       |   |                             |        |
|----------|--------------------------------------------------------------|-------|---|-----------------------------|--------|
| 40301281 | Amilase - pesquisa e/ou dosagem                              | EXAME | 1 | 15,23                       | 15,23  |
| 40301397 | Bilirrubinas (direta indireta e total) - pesquisa e/ou dosag | EXAME | 1 | 8,27                        | 8,27   |
| 40301630 | Creatinina - pesquisa e/ou dosagem                           | UN    | 1 | 8,27                        | 8,27   |
| 40301885 | Fosfatase alcalina - pesquisa e/ou dosagem                   | EXAME | 1 | 15,23                       | 15,23  |
| 40301990 | Gama-glutamil transferase - pesquisa e/ou dosagem            | EXAME | 1 | 15,23                       | 15,23  |
| 40304361 | Hemograma com contagem de plaquetas ou fracos (eritrograma   | UN    | 1 | 18,37                       | 18,37  |
| 40302199 | Lipase - pesquisa e/ou dosagem                               | EXAME | 1 | 15,23                       | 15,23  |
| 40302318 | Potassio - pesquisa e/ou dosagem                             | UN    | 1 | 8,27                        | 8,27   |
| 40308391 | Proteína C reativa quantitativa - pesquisa e/ou dosagem      | EXAME | 1 | 45,91                       | 45,91  |
| 40302423 | Sodio - pesquisa e/ou dosagem                                | EXAME | 1 | 8,27                        | 8,27   |
| 40302504 | Transaminase oxalacetica (amino transferase aspartato) - pes | UN    | 1 | 15,23                       | 15,23  |
| 40302512 | Transaminase piruvica (amino transferase de alanina) - pesqu | UN    | 1 | 15,23                       | 15,23  |
| 40302580 | Ureia - pesquisa e/ou dosagem                                | UN    | 1 | 8,27                        | 8,27   |
|          |                                                              |       |   | Total do Setor:             | 197,01 |
|          |                                                              |       |   | Total de PATOLOGIA CLINICA: | 197,01 |

#### RADIODIAGNOSTICO

Setor 37 RAI-X CEIMA

| PROCEDIMENTO               |                            | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total       |
|----------------------------|----------------------------|-------------|------|-------------|----------------|
| 40805026                   | RX - Torax - 2 incidencias | UN          | 1    | 62,20       | 73,55          |
|                            |                            |             |      |             | VI.Filme:11,35 |
| Total do Setor:            |                            |             |      |             | 73,55          |
| Total de RADIODIAGNOSTICO: |                            |             |      |             | 73,55          |

#### Prestadores Credenciados

#### CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv. | Unid./Ativ. | HE | Qtde                                        | VI Unitario | VI Total |
|------------|----------------------------------------------|-------------|----|---------------------------------------------|-------------|----------|
| 20/09/2023 | 10101039 Consulta em pronto socorro          | UN          | N  | 1                                           | 158,00      | 158,00   |
|            | LUCAS KOJI MATSUZAKI 40994                   | 08674202942 | 59 | CLINICO                                     |             |          |
|            |                                              |             |    | Total do Setor:                             |             | 158,00   |
|            |                                              |             |    | Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA:  |             | 158,00   |
|            |                                              |             |    | Total Credenciados:                         |             | 158,00   |
|            |                                              |             |    | Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: |             | 754,36   |



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

2 - Nº Guia no Prestador 4138666000000

|                                                             |                              |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                  | 3 - Número da Guia Principal |
| 4 - Data da Autorização                                     | 5 - Sentia                   |
| 6 - Data Validade da Sentia                                 |                              |
| 7 - Número da Guia Autógrafa pela Operadora                 |                              |
| 8 - Nome do Beneficiário                                    |                              |
| 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 - Caracter Atendimento                                   |                              |
| 22 - Data da Solicitação                                    |                              |
| 23 - Indicação Clínica                                      |                              |
| 24 - Tabela                                                 |                              |
| 25 - Código do Procedimento                                 |                              |
| 26 - Descrição                                              |                              |
| 27 - QI Solic.                                              |                              |
| 28 - QI Autoriz.                                            |                              |
| 29 - Código na Operadora                                    |                              |
| 30 - Nome do Contratado                                     |                              |
| 31 - Código CNES                                            |                              |
| 32 - Tipo Atendimento                                       |                              |
| 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 - Qide                                                   |                              |
| 43 - Via                                                    |                              |
| 44 - Tec                                                    |                              |
| 45 - Fator Red /Acresc                                      |                              |
| 46 - Valor Unitário (R\$)                                   |                              |
| 47 - Valor Total (R\$)                                      |                              |
| 48 - Saq 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 Medicinais (R\$)                        |                              |
| 65 - Total Geral (R\$)                                      |                              |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização             |                              |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável              |                              |
| 68 - Assinatura do Contratado                               |                              |

CLAUDEMIRA. Data/Hora: 10/10/2023 09:24:20

Contalote: 2278747

Atendimento: 4138666

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2278747



1 - Registro ANS 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Semia

6 - Data Validade da Semia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

000000

9 - Validade da Carteira

31/12/2023

10 - Nome

LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CAR

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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

LUCAS KOJI MATSUZAKI

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

40994

18 - UF

41

19 - Código CBO

225230

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

20/09/2023

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

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES

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 | 43 - Vlt | 44 - Tec | 45 - Fator Red/Acresc | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|--------------|-------------------|-----------------|-------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------|---------|----------|----------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| 1 20/09/2023 | 20:13:00          | 20:13:00        | 22          | 40302199          | Lipase - pesquisa e/ou dosagem                                       | 001     | 1,00     | 1,00     |                       | 15,23                     | 15,23                  |
| 2 20/09/2023 | 20:13:00          | 20:13:00        | 22          | 40302318          | Potássio - pesquisa e/ou dosagem                                     | 001     | 1,00     | 8,27     |                       | 8,27                      | 8,27                   |
| 3 20/09/2023 | 20:13:00          | 20:13:00        | 22          | 40302423          | Sódio - pesquisa e/ou dosagem                                        | 001     | 1,00     | 8,27     |                       | 8,27                      | 8,27                   |
| 4 20/09/2023 | 20:13:00          | 20:13:00        | 22          | 40302504          | Transaminase oxalacetica (amino transferase aspartato) - pesquisa    | 001     | 1,00     | 15,23    |                       | 15,23                     | 15,23                  |
| 5 20/09/2023 | 20:13:00          | 20:13:00        | 22          | 40302512          | Transaminase piruvica (amino transferase de alanina) - pesquisa e/ou | 001     | 1,00     | 15,23    |                       | 15,23                     | 15,23                  |

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- / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

\*\*\*\*\*

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

\*\*\*\*\*

61 - Total Materiais (R\$)

\*\*\*\*\*

62 - Total de CPME (R\$)

\*\*\*\*\*

63 - Total de Medicamentos (R\$)

\*\*\*\*\*

64 - Total de Gases Médicinais (R\$)

\*\*\*\*\*

65 - Total Geral (R\$)

\*\*\*\*\*

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

CLAUDEMIRA. Data/Hora: 10/10/2023 09:24:21

Contato/ote: 2278747

Atendimento: 4138666

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2278747



1 - Registro ANS

000000

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

000000

9 - Validade da Carteira

31/12/2023

10 - Nome

LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CAR

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

LUCAS KOJI MATSUZAKI

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

40994

18 - UF

41

19 - Código CBO

225230

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

20/09/2023

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

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

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 - Qide

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

1 20/09/2023 20:13:00 20:13:00 22

40302580

Urela - pesquisa e/ou dosagem

001

1,00

8,27

2 20/09/2023 20:13:00 20:13:00 22

40304361

Hemograma com contagem de plaquetas ou fracos (eritrograma

001

1,00

18,37

3 20/09/2023 20:13:00 20:13:00 22

40308391

Proteína C reativa quantitativa - pesquisa e/ou dosagem

001

1,00

45,91

4 20/09/2023 20:21:00 20:21:00 22

40805026

RX - Torax - 2 incidências

001

1,00

73,55

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

48 - Senq. Ref.

49 - Grau Prof.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- / /

2- / /

3- / /

4- / /

5- / /

6- / /

7- / /

8- / /

9- / /

10- / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

270,56

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

0,00

61 - Total Materiais (R\$)

306,69

62 - Total do OPME (R\$)

0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

19,11

64 - Total de Gases Médicinas (R\$)

0,00

65 - Total Geral (R\$)

596,36

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

CLAUDEMIRA. Data/Hora: 10/10/2023 09:24:21

Conta/Lote: 2278747

Atendimento: 4138666

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2278747



# ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)



Clínica Adventista  
de Curitiba

1 - Registro ANS .. 000000  
2 - Número da Guia Referenciada 413866000000

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora 76591569000130  
4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. PAUL CARNEIRO

5 - Código CNES 15563

Despesas Realizadas

| 6 - CD                           | 7 - Data                                               | 8 - Hr.Inicial | 9 - Hr.Final | 10 - Tabela | 11 - Código do Item | 12 - Qtd. | 13 - Unidade de Medida | 14 - Fator Red. / Acresc. | 15-Valor Unitário-R\$ | 16-Valor Total-R\$ |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------|--------------|-------------|---------------------|-----------|------------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------|
| 17 - Registro ANVISA do Material | 18 - Referência do material no fabricante              | 19 -           | 20 -         | 21 -        | 22 -                | 23 -      | 24 -                   | 25 -                      | 26 -                  | 27 -               |
| 1 - 02                           | 20/09/2023                                             | 17:49:20       | 17:49:20     | 20          | 90239687            | 1         | 001                    | 1.00                      | 16.85                 | 16.85              |
| 20 - Descrição:                  | TORAGESIC                                              |                |              |             |                     |           |                        |                           |                       |                    |
| 2 - 02                           | 20/09/2023                                             | 17:49:20       | 17:49:20     | 20          | 90425588            | 2         | 001                    | 1.00                      | 1.13                  | 2.26               |
| 20 - Descrição:                  | CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML.                     |                |              |             |                     |           |                        |                           |                       |                    |
| 3 - 03                           | 20/09/2023                                             | 17:49:20       | 17:49:20     | 19          | 70705330            | 2         | 036                    | 1.00                      | 5.50                  | 11.00              |
| 20 - Descrição:                  | SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Lock) |                |              |             |                     |           |                        |                           |                       |                    |
| 4 - 03                           | 20/09/2023                                             | 17:49:20       | 17:49:20     | 00          | 0000005203          | 1         | 036                    | 1.00                      | 118.70                | 118.70             |
| 20 - Descrição:                  | POLIFIX 2 VIAS NEO BBRAUN                              |                |              |             |                     |           |                        |                           |                       |                    |
| 5 - 03                           | 20/09/2023                                             | 17:49:20       | 17:49:20     | 00          | 0000062844          | 1         | 036                    | 1.00                      | 171.23                | 171.23             |
| 20 - Descrição:                  | CATEETER INTRAVENOSO PERIFERICO G 24- BBRAUN           |                |              |             |                     |           |                        |                           |                       |                    |
| 6 - 03                           | 20/09/2023                                             | 17:49:20       | 17:49:20     | 19          | 70014370            | 2         | 036                    | 1.00                      | 2.88                  | 5.76               |
| 20 - Descrição:                  | AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 18G 1 1/2               |                |              |             |                     |           |                        |                           |                       |                    |

|                                 |                                |                             |                        |                                 |                           |                      |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------------|
| 21 - Total Gases Medicinais R\$ | 22 - Total de Medicamentos R\$ | 23 - Total de Materiais R\$ | 24 - Total de OPME R\$ | 25 - Total Taxas e Aluguéis R\$ | 26 - Total de Diárias R\$ | 27 - Total Geral R\$ |
| 0.00                            | 19.11                          | 306.69                      | 0.00                   | 0.00                            | 0.00                      | 325.80               |

Impresso por: CLAUDEMIRA.

Data/Hora: 10/10/2023 09:24:21

Contalote: 2278747

Atendimento: 4138666

Convênio: 59-CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

J. 413 8666



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

2 - Nº Guia no Prestador 4138666000000

|                                                          |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------|-------|
| 1 - Registro ANS                                         | 5 - Número da Guia Principal                                 |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 000000                                                   |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 4 - Data da Autorização                                  | 5 - Sembr                                                    |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
|                                                          |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| Dados do Beneficiário                                    |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 8 - Número da Carteira                                   | 9 - Validade da Carteira                                     |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 000000                                                   | 30/12/2023                                                   |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 10 - Nome                                                |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CAR                         |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 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                    |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| LUCAS KOJI MATSUZAKI                                     |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 16 - Conselho Profissional                               |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 6                                                        |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 17 - Número no Conselho                                  |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 40994                                                    |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 18 - UF                                                  |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 41                                                       |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 19 - Código CBO                                          |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 225230                                                   |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante              |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
|                                                          |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 21 - Caracter. Atendim.                                  | 22 - Data da Solicitação                                     | 23 - Indicação Clínica       |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 2                                                        | 20/09/2023                                                   |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 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                                      | 31 - Código CNES             |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 76591569000130                                           | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 15563                        |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| Dados do Atendimento                                     |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 32 - Tipo Atendimento                                    | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)  | 34 - Tipo de Consulta        | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 04                                                       |                                                              | 1                            |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados    |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 36 - Data                                                | 37 - Hora Inicial                                            | 38 - Hora Final              | 39 - Tabela                                | 40 - Procedimento          | 41 - Descrição                                                          | 42 - Cide | 43 - Via        | 44 - Tec                                       | 45 - Fator Red./Acrec      | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$)           |                                   |                        |       |
| 1 20/09/2023                                             | 20:13:00                                                     | 20:13:00                     | 22                                         | 40302580                   | Urela - pesquisa e/ou dosagem                                           | 001       |                 |                                                | 1.00                       | 8.27                      | 8.27                             |                                   |                        |       |
| 2 20/09/2023                                             | 20:13:00                                                     | 20:13:00                     | 22                                         | 40304361                   | Hemograma com contagem de plaquetas ou fracos (eritograma               | 001       |                 |                                                | 1.00                       | 18.37                     | 18.37                            |                                   |                        |       |
| 3 20/09/2023                                             | 20:13:00                                                     | 20:13:00                     | 22                                         | 40308391                   | Proteína C reativa quantitativa - pesquisa e/ou dosagem                 | 001       |                 |                                                | 1.00                       | 45.91                     | 45.91                            |                                   |                        |       |
| 4 20/09/2023                                             | 20:15:00                                                     | 20:15:00                     | 22                                         | 40801122                   | US - Abdomen total (abdomen superior rns bexiga aorta veia cava inferio | 001       |                 |                                                | 1.00                       | 307.44                    | 307.44                           |                                   |                        |       |
| 5 20/09/2023                                             | 20:21:00                                                     | 20:21:00                     | 22                                         | 40805026                   | RX - Torax - 2 incidencias                                              | 001       |                 |                                                | 1.00                       | 73.55                     | 73.55                            |                                   |                        |       |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)       |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 48 - Seq. Ref.                                           | 49 - Grau Part.                                              | 50 - Código na operadora/CPF | 51 - Nome do Profissional                  | 52 - Conselho Profissional | 53 - Número no Conselho                                                 | 54 - UF   | 55 - Código CBO |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
|                                                          |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série        |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 1- / /                                                   |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 | 5- / /                                         |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 2- / /                                                   |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 | 6- / /                                         |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
|                                                          |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 | 7- / /                                         |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
|                                                          |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 | 8- / /                                         |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
|                                                          |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 | 9- / /                                         |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
|                                                          |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 | 10- / /                                        |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 58 - Observações / Justificativa                         |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                           |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)              | 61 - Total Materiais (R\$) | 62 - Total do CPNE (R\$)  | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Casos Médicos (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) |       |
| *****                                                    |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 | *****                                          | *****                      | *****                     | *****                            | *****                             | *****                  | ***** |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização          |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável           |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |
| 68 - Assinatura do Contratado                            |                                                              |                              |                                            |                            |                                                                         |           |                 |                                                |                            |                           |                                  |                                   |                        |       |

VANIA, BRAZAO Data/Hora: 20/09/2023 21:10:07

Conta/Lote: 2278747

Atendimento: 4138666

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA





|                                  |  |                              |  |                                                    |  |                                              |  |
|----------------------------------|--|------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>0            |  | 5 - Número da Guia Principal |  | 6 - Data Validade da Senha                         |  | 7 - Número da Guia Attribuído pelo Operadora |  |
| 4 - Data da Autorização          |  | 5 - Senha                    |  | 10 - Nome<br>LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                |  |
| 8 - Número da Carteira<br>000000 |  | 9 - Validade da Carteira     |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                         |  |                                              |  |

|                                                               |  |                                                 |  |                                 |  |                                  |  |               |  |                           |  |                                             |  |
|---------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|----------------------------------|--|---------------|--|---------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| 13 - Código na Operadora<br>59                                |  | 14 - Nome do Contratado<br>LUCAS KOJI MATSUZAKI |  | 16 - Conselho Profissional<br>6 |  | 17 - Número no Conselho<br>40994 |  | 18 - UF<br>41 |  | 19 - Código CBO<br>225230 |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUCAS KOJI MATSUZAKI |  |                                                 |  |                                 |  |                                  |  |               |  |                           |  |                                             |  |

|                             |  |                                        |  |                        |  |                  |  |                                         |  |                                                                                    |  |                       |  |                |  |
|-----------------------------|--|----------------------------------------|--|------------------------|--|------------------|--|-----------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|----------------|--|
| 21 - Carteira Atendim.<br>2 |  | 22 - Data da Solicitação<br>20/09/2023 |  | 23 - Indicação Clínica |  | 24 - Tabela<br>1 |  | 25 - Código do Procedimento<br>40901203 |  | 26 - Descrição<br>US - Órgãos superficiais (frenite ou escroto ou penis ou crânio) |  | 27 - Qtd. Solic.<br>1 |  | 28 - Qtd. Aut. |  |
|-----------------------------|--|----------------------------------------|--|------------------------|--|------------------|--|-----------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|----------------|--|

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

|                       |  |                                                            |  |                       |  |                                            |  |
|-----------------------|--|------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------------------------|--|
| 32 - Tipo Atendimento |  | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada) |  | 34 - Tipo de Consulta |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |  |
|-----------------------|--|------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------------------------|--|

|           |        |                   |        |                 |        |                                         |        |                |         |           |         |          |         |           |         |                       |         |                           |         |                        |         |
|-----------|--------|-------------------|--------|-----------------|--------|-----------------------------------------|--------|----------------|---------|-----------|---------|----------|---------|-----------|---------|-----------------------|---------|---------------------------|---------|------------------------|---------|
| 36 - Data |        | 37 - Hora Inicial |        | 38 - Hora Final |        | 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento |        | 41 - Descrição |         | 42 - Qtd. |         | 43 - Via |         | 44 - Tec. |         | 45 - At. Red./Acresc. |         | 46 - Valor Unitário (R\$) |         | 47 - Valor Total (R\$) |         |
| 1- / /    | 2- / / | 3- / /            | 4- / / | 5- / /          | 6- / / | 7- / /                                  | 8- / / | 9- / /         | 10- / / | 11- / /   | 12- / / | 13- / /  | 14- / / | 15- / /   | 16- / / | 17- / /               | 18- / / | 19- / /                   | 20- / / | 21- / /                | 22- / / |

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

|                                                   |        |                                                |        |                                  |        |
|---------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------|--------|----------------------------------|--------|
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série |        | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |        | 58 - Observações / Justificativa |        |
| 1- / /                                            | 2- / / | 3- / /                                         | 4- / / | 5- / /                           | 6- / / |

|                                |  |                                  |  |                            |  |                          |  |                                  |  |                                   |  |                        |  |
|--------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------|--|----------------------------------|--|-----------------------------------|--|------------------------|--|
| 59 - Total Procedimentos (R\$) |  | 60 - Total Taxas e Anúgios (R\$) |  | 61 - Total Materiais (R\$) |  | 62 - Total de OPME (R\$) |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$) |  | 64 - Total de Gases Médicos (R\$) |  | 65 - Total Geral (R\$) |  |
|--------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------|--|----------------------------------|--|-----------------------------------|--|------------------------|--|

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

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 20/09/2023 20:21:16

Atendimento: 4138666

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4138666

|                                                               |  |                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>0                                         |  | 5 - Número da Guia Principal                                                            |  |
| 4 - Data da Autorização                                       |  | 5 - Sema                                                                                |  |
| 8 - Nome do Beneficiário<br>000000                            |  | 9 - Validade da Carteira                                                                |  |
| 10 - Nome<br>LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO            |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                                                           |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                    |  |                                                                                         |  |
| Dados do Solicitante                                          |  |                                                                                         |  |
| 13 - Código na Operadora<br>59                                |  | 14 - Nome do Contratado<br>LUCAS KOJI MATSUZAKI                                         |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUCAS KOJI MATSUZAKI |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                         |  |
| 21 - Caráter Atendim.<br>2                                    |  | 22 - Data da Solicitação<br>20/09/2023                                                  |  |
| 23 - Indicação Clínica                                        |  | 17 - Número no Conselho<br>40994                                                        |  |
| 24 - Tabela<br>22                                             |  | 25 - Código do Procedimento<br>40805026                                                 |  |
| 26 - Descrição<br>RX - Torax - 2 incidências                  |  | 27 - Qtd. Solic.<br>1                                                                   |  |
| 28 - Qtd. Aut.                                                |  |                                                                                         |  |
| Dados do Contratado Executante                                |  |                                                                                         |  |
| 29 - Código na Operadora                                      |  | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |
| 31 - Código CNES<br>15563                                     |  |                                                                                         |  |
| Dados do Atendimento                                          |  |                                                                                         |  |
| 32 - Tipo Atendimento                                         |  | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada)                              |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                         |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                              |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados         |  |                                                                                         |  |
| 36 - Data                                                     |  | 37 - Hora Inicial                                                                       |  |
| 38 - Hora Final                                               |  | 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento                                                 |  |
| 41 - Descrição                                                |  | 42 - Qtd.                                                                               |  |
| 43 - Via                                                      |  | 44 - Tec.                                                                               |  |
| 45 - Fat Rad/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 - Cons Profissional                                        |  | 53 - Número no Conselho                                                                 |  |
| 54 - UF                                                       |  | 55 - Código CBO                                                                         |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série             |  |                                                                                         |  |
| 1 - / /                                                       |  | 2 - / /                                                                                 |  |
| 3 - / /                                                       |  | 4 - / /                                                                                 |  |
| 5 - / /                                                       |  | 6 - / /                                                                                 |  |
| 7 - / /                                                       |  | 8 - / /                                                                                 |  |
| 9 - / /                                                       |  | 10 - / /                                                                                |  |
| 59 - Observações / Justificativa                              |  |                                                                                         |  |
| 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\$)                                                                  |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização               |  |                                                                                         |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                                                         |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                 |  |                                                                                         |  |

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 20/09/2023 20:21:16

Atendimento: 4138666

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4138666





4138666

|                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>0                                                                                                                                                                                                                                    |  | 3 - Número da Guia Principal                                                                                                                                                                                        |  |
| 4 - Data da Autorização                                                                                                                                                                                                                                  |  | 5 - Senha                                                                                                                                                                                                           |  |
| 8 - Número da Carteira<br>000000                                                                                                                                                                                                                         |  | 9 - Validade da Carteira                                                                                                                                                                                            |  |
| 10 - Nome<br>LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO                                                                                                                                                                                                       |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                                                                                                                                                                                       |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                               |  | 7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora                                                                                                                                                                         |  |
| 6 - Data Validade da Senha                                                                                                                                                                                                                               |  | 13 - Código na Operadora<br>59                                                                                                                                                                                      |  |
| 14 - Nome do Contratado<br>LUCAS KOJI MATSUZAKI                                                                                                                                                                                                          |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUCAS KOJI MATSUZAKI                                                                                                                                                       |  |
| 16 - Conselho Profissional<br>6                                                                                                                                                                                                                          |  | 17 - Número no Conselho<br>40994                                                                                                                                                                                    |  |
| 18 - UF<br>41                                                                                                                                                                                                                                            |  | 19 - Código CBO<br>225230                                                                                                                                                                                           |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                                                                                                                                                                              |  | 21 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                                                                                                                                         |  |
| 22 - Data da Solicitação<br>20/09/2023                                                                                                                                                                                                                   |  | 23 - Indicação Clínica                                                                                                                                                                                              |  |
| 24 - Tabela<br>1 22<br>2 22<br>3 22<br>4 22<br>5 22                                                                                                                                                                                                      |  | 25 - Código do Procedimento<br>40308391<br>40304361<br>40302318<br>40302189<br>40302423                                                                                                                             |  |
| 26 - Descrição<br>Proteína C reativa quantitativa - pesquisa elou dosagem<br>Hemograma com contagem de plaquetas ou fracos (entlograma leucograma<br>Poliasio - pesquisa elou dosagem<br>Lipase - pesquisa elou dosagem<br>Sodio - pesquisa elou dosagem |  | 27 - Qtd. Solic.<br>1<br>1<br>1<br>1<br>1                                                                                                                                                                           |  |
| 28 - Qtd. Aut.                                                                                                                                                                                                                                           |  | 29 - Código CNES<br>15563                                                                                                                                                                                           |  |
| 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO                                                                                                                                                                  |  | 31 - Código CNES<br>15563                                                                                                                                                                                           |  |
| 32 - Tipo Atendimento                                                                                                                                                                                                                                    |  | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada)                                                                                                                                                          |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                                                                                                                                                                                                                    |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                                                                                                                                          |  |
| 36 - Data<br>1 1<br>2 1<br>3 1<br>4 1<br>5 1                                                                                                                                                                                                             |  | 37 - Hora Inicial<br>38 - Hora Final<br>39 - Tabela 40 - Código do Procedimento<br>41 - Descrição<br>42 - Qtd.<br>43 - Via<br>44 - Tec.<br>45 - Rai Red/Acresc<br>46 - Valor Unitário(R\$)<br>47 - Valor Total(R\$) |  |
| 48 - Seq. Ref.<br>49 - Grau Part.<br>50 - Código na operadora/CPF                                                                                                                                                                                        |  | 51 - Nome do Profissional<br>52 - Cons Profissional<br>53 - Número no Conselho<br>54 - UF<br>55 - Código CBO                                                                                                        |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série<br>1- / /<br>2- / /<br>3- / /<br>4- / /<br>5- / /<br>6- / /<br>7- / /<br>8- / /<br>9- / /<br>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 OPMs (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                                                                                                                                                                                                                            |  | 69 - Assinatura do Contratado                                                                                                                                                                                       |  |

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 20/09/2023 20:15:55

Atendimento: 4138666

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4138666



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS 0                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 9 - Número da Guia Principal                                                         |  |
| 4 - Data da Autorização                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 5 - Semia                                                                            |  |
| 6 - Data Validade da Semia                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora                                          |  |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                      |  |
| 8 - Número da Carteira 000000                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 9 - Validade da Carteira                                                             |  |
| 10 - Nome LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde                                                        |  |
| 12 - Atendimento a RN N                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                      |  |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                      |  |
| 13 - Código na Operadora 59                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 14 - Nome do Contratado LUCAS KOJI MATSUZAKI                                         |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante LUCAS KOJI MATSUZAKI                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 16 - Conselho Profissional 6                                                         |  |
| 17 - Número no Conselho 40994                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 18 - UF 41                                                                           |  |
| 19 - Código CBO 225230                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                          |  |
| <b>Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados</b>                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                      |  |
| 21 - Caracter Atendimento 2                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 22 - Data da Solicitação 20/09/2023                                                  |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                      |  |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                      |  |
| 24 - Tabela 1 22 22 22 22 22                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 25 - Código do Procedimento 40302512 40301281 40302504 40301397 40301990             |  |
| 26 - Descrição Transaminase piruvica (amino transferase de alanina) - pesquisa e/ou d Amilase - pesquisa e/ou dosagem Transaminase oxalacetica (amino transferase aspartato) - pesquisa e/ou Bilirrubinas (direta indireta e total) - pesquisa e/ou dosagem Gama-glutamil transferase - pesquisa e/ou dosagem |  | 27 - Qlde. Solic. 1 1 1 1 1                                                          |  |
| 28 - Qlde. Aut.                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                      |  |
| 29 - Código na Operadora                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 30 - Nome do Contratado ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |
| 31 - Código CNES 15563                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                      |  |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                      |  |
| 32 - Tipo Atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada)                           |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                           |  |
| <b>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                      |  |
| 36 - Data                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 37 - Hora Inicial                                                                    |  |
| 38 - Hora Final                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento                                              |  |
| 41 - Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 42 - Qlde.                                                                           |  |
| 43 - Via                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 44 - Rec.                                                                            |  |
| 45 - Fat Red/Acrsc                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 46 - Valor Unitário(R\$)                                                             |  |
| 47 - Valor Total(R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                      |  |
| <b>Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                      |  |
| 48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 50 - Código na operadora/CPF                                                         |  |
| 51 - Nome do Profissional                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 52 - Cons Profissional                                                               |  |
| 53 - Número no Conselho                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 54 - UF                                                                              |  |
| 55 - Código CBO                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                      |  |
| <b>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                      |  |
| 1 - / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 2 - / /                                                                              |  |
| 3 - / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 4 - / /                                                                              |  |
| 5 - / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 6 - / /                                                                              |  |
| 7 - / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 8 - / /                                                                              |  |
| 9 - / /                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 10 - / /                                                                             |  |
| <b>58 - Observações / Justificativa</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                      |  |
| <b>59 - Total Procedimentos (R\$)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                      |  |
| <b>60 - Total Taxas e Anúncios (R\$)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                      |  |
| <b>61 - Total Materiais (R\$)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                      |  |
| <b>62 - Total de OPM (R\$)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                      |  |
| <b>63 - Total de Medicamentos (R\$)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                      |  |
| <b>64 - Total de Gases Medicinais (R\$)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                      |  |
| <b>65 - Total Geral (R\$)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                      |  |
| <b>66 - Assinatura do Responsável pela Autorização</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                      |  |
| <b>67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                      |  |
| <b>68 - Assinatura do Contratado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                      |  |

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 20/09/2023 20:15:55

Atendimento: 4138666

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4138666

|                                                    |  |                                             |  |
|----------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>0                              |  | 3 - Número da Guia Principal                |  |
| 4 - Data de Autorização                            |  | 5 - Sembr                                   |  |
| 6 - Data Validade da Sembr                         |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |  |
| 8 - Número da Carteira<br>000000                   |  | 9 - Validade da Carteira                    |  |
| 10 - Nome<br>LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde               |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                         |  |                                             |  |

|                                                               |                                                 |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                                         |                                                 |
| 13 - Código na Operadora<br>59                                | 14 - Nome do Contratado<br>LUCAS KOJI MATSUZAKI |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUCAS KOJI MATSUZAKI | 16 - Conselho Profissional<br>6                 |
| 17 - Número no Conselho<br>40994                              | 18 - UF<br>41                                   |
| 19 - Código CBO<br>225230                                     | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante     |

|                                                                                             |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados                                    |                                         |
| 21 - Cartão Atendim.<br>2                                                                   | 22 - Data da Solicitação<br>20/09/2023  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                      |                                         |
| 24 - Tabela<br>1 22                                                                         | 25 - Código do Procedimento<br>40901122 |
| 26 - Descrição<br>US - Abdomen total (abdome superior rins bexiga aorta veia cava inferior) | 27 - Qlde. Solic.<br>1                  |
| 28 - Qlde. Aut.                                                                             |                                         |

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

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

|                                                       |                                         |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados |                                         |
| 36 - Data                                             | 37 - Hora Inicial                       |
| 38 - Hora Final                                       | 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento |
| 41 - Descrição                                        | 42 - Qlde.                              |
| 43 - Via                                              | 44 - Tec.                               |
| 45 - Trat 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 - Cons Profissional                             | 53 - Número no Conselho   |
| 54 - UF                                            | 55 - Código CBO           |

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

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 58 - Observações / Justificativa |  |
|                                  |  |

|                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| 59 - Total Procedimentos (R\$)   | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) |
| 61 - Total Materiais (R\$)       | 62 - Total de OPM (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 |
| Atendimento: 4138666                            | Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA       |



4138666



|                                            |                              |
|--------------------------------------------|------------------------------|
| 1 - Registro ANS                           | 3 - Número da Guia Principal |
| 000000                                     | 4138666000000                |
| 4 - Data da Autorização                    | 5 - Senha                    |
|                                            |                              |
| 6 - Data Validade da Senha                 |                              |
|                                            |                              |
| 7 - Número da Guia Albitudo pela Operadora |                              |
|                                            |                              |

|                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| Dados do Beneficiário            |                          |
| 8 - Número da Carteira           | 9 - Validade da Carteira |
| 000000                           | 30/12/2023               |
| 10 - Nome                        | 12 - Atendimento a RN    |
| LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CAR | 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                                   |
| LUCAS KOJI MATSUZAKI                  | 6                                                            |
| 17 - Número no Conselho               | 18 - UF                                                      |
| 40994                                 | 41                                                           |
| 19 - Código CBO                       | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                  |
| 225230                                |                                                              |

|                                                          |                             |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados |                             |
| 21 - Caráter Atendim.                                    | 22 - Data da Solicitação    |
| 2                                                        | 20/09/2023                  |
| 23 - Indicação Clínica                                   | 24 - Tabela                 |
|                                                          | 25 - Código do Procedimento |
|                                                          | 26 - Descrição              |
|                                                          | 27 - Qt.Solic.              |
|                                                          | 28 - Qt.Autoriz.            |

|                                |                         |
|--------------------------------|-------------------------|
| Dados do Contratado Executante |                         |
| 29 - Código na Operadora       | 30 - Nome do Contratado |
| 59                             | LUCAS KOJI MATSUZAKI    |
| 31 - Código CNES               |                         |
| 15563                          |                         |

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

| 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 20/09/2023                                          | 17:49:20        | 17:49:20      | 22        | 10101039        | 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/CPT | 51 - Nome do Profissional | 52 - Conselho Profissional | 53 - Número no Conselho | 54 - UF | 55 - Código CBO |  |  |
|                                                    |                 |                              |                           |                            |                         |         |                 |  |  |

|                                                   |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
|---------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 1- / /                                            | 2- / / | 3- / / | 4- / / | 5- / / | 6- / / | 7- / / | 8- / / | 9- / / | 10- / / |
| 59 - 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 Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) |
| 158.00                                          | 0.00                              | 0.00                       | 0.00                     | 0.00                             | 0.00                                 | 158.00                 |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização |                                   |                            |                          |                                  |                                      |                        |
|                                                 |                                   |                            |                          |                                  |                                      |                        |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  |                                   |                            |                          |                                  |                                      |                        |
|                                                 |                                   |                            |                          |                                  |                                      |                        |
| 68 - Assinatura do Contratado                   |                                   |                            |                          |                                  |                                      |                        |
|                                                 |                                   |                            |                          |                                  |                                      |                        |







Uso

Prescrição.: 6074274 Data Prescrição: 20/09/2023 20:20  
Setor Solic: EMERGENCIA CONVENIOS NR Carteira: 000000  
Atendimento: 4138666 Validade:  
Paciente...: 143567 - LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO Nasc: 11/01/2007 16a 8m 10d  
Origem Atd.: EMERGENCIA CONVENIOS Classificação de Risco: URG  
Convênio...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Serviço: CIRURGIA PEDIATRICA  
Prestador...: 40994 LUCAS KOJI MATSUZAKI  
Acomodação.: Leito:  
Unid Intern:  
Cid.....: K869 DOENCA DO PANCREAS, SEM OUTRA ESPECIFICACAO Usuário: LUCAS.MATSUZAKI

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

Para: RADIOLOGIA

Prescrição: 

| Exames:                              | Qtd. | Pedido                                                                                       | Data Coleta         | Material | Loc. Anatômico | Accession Number                                                                                  | Cod. Fatur. |
|--------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| RADIOGRAFIA DE TORAX<br>PA - LATERAL | 1    | <br>1347232 | 20/09/2023<br>20:20 |          |                | <br>1744102 AT | 32050054    |

  
LUCAS KOJI MATSUZAKI  
CRM 40994

Adilson do Oliveira  
Tecnólogo em Radiologia  
CRTR 00391 N

GUIA ADVENTISTA ON LINE

1 - Registro ANS 000000  
3 - Número da Guia Principal 4138666000000

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Ambulatório pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

000000

9 - Validade da Carteira

30/12/2023

10 - Nome

LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CAR

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

LUCAS KOJI MATSUZAKI

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

40994

18 - UF

41

19 - Código CBO

225230

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim.

2

22 - Data de Solicitação

20/09/2023

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

LUCAS KOJI MATSUZAKI

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

1 20/09/2023

37 - Hora Inicial 38 - Hora Final

17:49:20

17:49:20

22

40 - Procedimento

10101039

41 - Descrição

Consulta em pronto socorro

42 - Qlde

001

43 - Via

001

44 - Tec

1,00

45 - Fator Red./Acrec

158,00

46 - Valor Unitário (R\$)

158,00

47 - Valor Total (R\$)

158,00

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

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na operadora/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 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\$) 158,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

MELODY.

Data/Hora: 20/09/2023 17:57:02

Conta/Lote: 2278747

Atendimento: 4138666

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2278747

1/1



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



**Aluno:** Luan Victor Marques da Silva Carvalho

**Nº da Carteira:** 2.78.1562

**Instituição:** Colégio Adventista Pinhais

**Data de Nascimento:** 11/01/2007

**Nº da Guia:** 13468

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 20/09/2023         | 15:55:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu                               | Partes do corpo |
|-----------------------------------------------|-----------------|
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) | Abdomen         |

## Descrição

O aluno estava em treino de de ed. Física quando recebeu um contato e caiu sentindo dor .

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Prof. Felipe             | (41) 3097-7450 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Prof. Felipe                    | 25/08/2023 |

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

## Observações

O aluno foi atendido pelo professor , que relatou que estava bem e ao termino do jogo foi para casa de bicicleta ...

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

Fabio Bittencourt Machado

**Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: [assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)

**Zimbra**

**tiago.ribeiro@hpp.org.br**

---

**Guia para internação - Luan Victor Marques da Silva Carvalho**

**De :** assistenciamedica@clinicaadventista.org.br

**Assunto :** Guia para internação - Luan Victor Marques da Silva Carvalho

**Para :** caixa-convenios@hpp.org.br

**Cc :** coord.gestaosaude <coord.gestaosaude@clinicaadventista.org.br>

qua., 20 de set. de 2023 18:08

 1 anexo



Boa tarde Prezada

Conforme solicitado segue guia para internação do aluno Luan Victor Marques da Silva Carvalho.

Esta guia de atendimento está autorizada pela Assistencia Médica da Rede Adventista para fins de faturamento da conta do aluno em tratativa, mesmo que esta não esteja assinada.

Atenciosamente

Beatriz Borges  
Analista de Saúde  
Clínica Adventista de Curitiba

Hospital Pequeno Príncipe  
Avenida Silva Jardim, 1639  
Água Verde - Curitiba - PR  
Fone: (41) 3514-4161  
hpp.lisnet.com.br

Paciente: LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO

Sexo: Masculino  
Data de Nascimento: 11/01/2007 - Idade: 16 anos 8 meses 9 dias  
Nome da Mãe: TATIANE COSTA DA SILVA

Dr.(a): 40994 - LUCAS KOJI MATSUZAKI  
Unidade: 026-HOSPITAL PEQUENO PRINCÍPE  
Posto: 000002-EMERGENCIA  
Local de Entrega: 133-EMER.CONV  
4970031-1247736-4138666-4756

Prontuário: 143567  
Data de Prescrição: 20/09/2023  
20:13:00

HEMOGRAMA  
Material: SANGUE TOTAL C/ EDTA  
Método: Automatizado com revisão microscópica

| Resultado              | Resultados Anteriores   | Valores de Referência        |
|------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Homem Maior de 14 anos |                         |                              |
| <b>ERITROGRAMA</b>     |                         |                              |
| Hemácias               | 4,66 $10^9/\mu\text{L}$ | 4,5 a 5,9 $10^9/\mu\text{L}$ |
| Hemoglobina            | 12,6 g/dL               | 13,5 a 17,5 g/dL             |
| Hematócrito            | 39,0 %                  | 41,0 a 53,0 %                |
| VCV                    | 83,7 fL                 | 80,0 a 97,0 fL               |
| HCM                    | 27,0 pg                 | 26,0 a 34,0 pg               |
| CHCM                   | 32,3 g/dL               | 32,5 a 35,5 g/dL             |
| RDW                    | 12,3 %                  | Até 13,5 %                   |
| <b>LEUCOGRAMA</b>      |                         |                              |
| Leucócitos             | 10950 /uL               | 4000 - 10000 /uL             |
| Neutrófilos            | 86,0 % 9417 /uL         | 45 - 70 % 1800 - 7000 /uL    |
| Segmentados            | 86 % 9417 /uL           | 45 - 59 % 1800 - 5900 /uL    |
| Basófilos              | 1 % 110 /uL             | 0 - 1 % 0 - 100 /uL          |
| Linfócitos             | 8 % 876 /uL             | 30 - 50 % 1200 - 5000 /uL    |
| Monócitos              | 5 % 548 /uL             | 1 - 6 % 40 - 800 /uL         |
| Plaquetas              | 378000 /uL              | 150.000 a 450.000 /uL        |
| VPM                    | 6,8 fL                  |                              |

\*Amostra Recebida em: 20/09/2023 21:32:52  
Assinado em: 20/09/2023 22:17:55

Dr. Fagner Augusto Barba De Oliveira  
Responsável Técnico  
CRM: 1735

Os resultados dos exames laboratoriais não são indicadores absolutos de diagnóstico.  
A interpretação correta destes resultados depende da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames e deve ser feita pelo médico. Os resultados são referentes às amostras encaminhadas ao laboratório.  
Cadastro no CRP sob nº: 10685

Dr. Karine dos Anjos  
Responsável Técnica  
CRP/PR: 18.458

Hospital Pequeno Príncipe  
Avenida Silva Jardim, 1639  
Água Verde - Curitiba - PR  
Fone: (41) 3514-4161  
hpp.lisnet.com.br

Paciente: LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO

Sexo: Masculino  
Data de Nascimento: 11/01/2007 - Idade: 16 anos 8 meses 9 dias  
Nome da Mãe: TATIANE COSTA DA SILVA

Dr.(a): 40994 - LUCAS KOJI MATSUZAKI  
Unidade: 026-HOSPITAL PEQUENO PRINCÍPE  
Posto: 000002-EMERGENCIA  
Local de Entrega: 133-EMER.CONV  
4970031-1247736-4138666-4756

Prontuário: 143567  
Data de Prescrição: 20/09/2023  
20:13:00

**FOSFATASE ALCALINA**

Material: SORO/REF  
Método: Química Seca

| Resultado | Resultados Anteriores | Valor de Referência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 82,0 U/L  | —                     | 0 a 14 dias:<br>91,0 a 256,0 U/L<br>15 dias a <1 ano:<br>131,0 a 476,0 U/L<br>1 ano a <10 anos:<br>151,0 a 342,0 U/L<br>10 anos a <13 anos:<br>137,0 a 424,0 U/L<br>13 anos a <15 anos:<br>Masculino: 124,0 a 474,0 U/L<br>Feminino: 66,0 a 262,0 U/L<br>15 anos a <17 anos:<br>Masculino: 91,0 a 339,0 U/L<br>Feminino: 59,0 a 126,0 U/L<br>17 anos a <19 anos:<br>Masculino: 64,0 a 158,0 U/L<br>Feminino: 54,0 a 96,0 U/L<br>>19 anos: 38,0 a 126,0 U/L |

\*Amostra Recebida em: 20/09/2023 21:33:00  
Assinado em: 20/09/2023 22:13:28

Dr. Fagner Augusto Barba De Oliveira  
Responsável Técnico  
CRM: 1735

Os resultados dos exames laboratoriais não são indicadores absolutos de diagnóstico.  
A interpretação correta destes resultados depende da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames e deve ser feita pelo médico. Os resultados são referentes às amostras encaminhadas ao laboratório.  
Cadastro no CRP sob nº: 10685

Dr. Karine dos Anjos  
Responsável Técnica  
CRP/PR: 18.458

Hospital Pequeno Príncipe  
Avenida Silva Jardim, 1639  
Água Verde - Curitiba - PR  
Fone: (41) 3514-4161  
hpp.lisnet.com.br

Paciente: LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO

Sexo: Masculino  
Data de Nascimento: 11/01/2007 - Idade: 16 anos 8 meses 9 dias  
Nome da Mãe: TATIANE COSTA DA SILVA

Dr.(a): 40994 - LUCAS KOJI MATSUZAKI  
Unidade: 026-HOSPITAL PEQUENO PRINCÍPE  
Posto: 000002-EMERGENCIA  
Local de Entrega: 133-EMER.CONV  
4970031-1247736-4138666-4756

Prontuário: 143567  
Data de Prescrição: 20/09/2023  
20:13:00

**TGO - TRANSAMINASE GLUTÂMICO-oxalacética**

Material: SORO/REF  
Método: Química Seca

| Resultado | Resultados Anteriores | Valor de Referência                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27,0 U/L  | —                     | 0 a <15 dias:<br>29,0 a 213,0 U/L<br>15 dias a <1 ano:<br>29,0 a 97,0 U/L<br>1 ano a <7 anos:<br>33,0 a 66,0 U/L<br>7 anos a <12 anos:<br>28,0 a 50,0 U/L<br>12 anos a 18 anos:<br>Fem: 23,0 a 41,0 U/L<br>Masc: 24,0 a 49,0 U/L<br>> 18 anos:<br>Fem: 14,0 a 36,0 U/L<br>Masc: 17,0 a 59 U/L |

\*Amostra Recebida em: 20/09/2023 21:33:00  
Assinado em: 20/09/2023 22:13:28

Dr. Fagner Augusto Barba De Oliveira  
Responsável Técnico  
CRM: 1735

**TGP - TRANSAMINASE GLUTÂMICO PIRÚVICA**

Material: SORO/REF  
Método: Química Seca

| Resultado | Resultados Anteriores | Valor de Referência                                                                                                                                                                                       |
|-----------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21,0 U/L  | —                     | 0 a <1 ano:<br>17,0 a 69,0 U/L<br>1 ano a <13 anos:<br>24,0 a 45,0 U/L<br>13 anos a 18 anos:<br>Fem: 20,0 a 38,0 U/L<br>Masc: 23,0 a 49,0 U/L<br>> 18 anos:<br>Fem: 9,0 a 52,0 U/L<br>Masc: 21,0 a 72 U/L |

\*Amostra Recebida em: 20/09/2023 21:33:00  
Assinado em: 20/09/2023 22:13:28

Dr. Fagner Augusto Barba De Oliveira  
Responsável Técnico  
CRM: 1735

Os resultados dos exames laboratoriais não são indicadores absolutos de diagnóstico.  
A interpretação correta destes resultados depende da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames e deve ser feita pelo médico. Os resultados são referentes às amostras encaminhadas ao laboratório.  
Cadastro no CRP sob nº: 10685

Dr. Karine dos Anjos  
Responsável Técnica  
CRP/PR: 18.458

Hospital Pequeno Príncipe  
Avenida Silva Jardim, 1639  
Água Verde - Curitiba - PR  
Fone: (41) 3514-4161  
hpp.lisnet.com.br

Paciente: LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO

Sexo: Masculino  
Data de Nascimento: 11/01/2007 - Idade: 16 anos 8 meses 9 dias  
Nome da Mãe: TATIANE COSTA DA SILVA

Dr.(a): 40994 - LUCAS KOJI MATSUZAKI  
Unidade: 026-HOSPITAL PEQUENO PRINCÍPE  
Posto: 000002-EMERGENCIA  
Local de Entrega: 133-EMER.CONV  
4970031-1247736-4138666-4756

Prontuário: 143567  
Data de Prescrição: 20/09/2023  
20:13:00

**GGT - GAMAGLUTAMILTRANSPEPTIDASE**

Material: SORO/REF  
Método: Química Seca

| Resultado | Resultados Anteriores | Valor de Referência                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28,0 U/L  | —                     | 0 a 3 semanas:<br>Até 115,0 U/L<br>>3 semanas a 3 meses:<br>Até 135,0 U/L<br>>3 meses a 18 anos:<br>Masculino: 15,0 a 85,0 U/L<br>Feminino: 5,0 a 55,0 U/L<br>> 18 anos:<br>Masculino: 15,0 a 73,0 U/L<br>Feminino: 12,0 a 43,0 U/L |

\*Amostra Recebida em: 20/09/2023 21:33:00  
Assinado em: 20/09/2023 22:13:28

Dr. Fagner Augusto Barba De Oliveira  
Responsável Técnico  
CRM: 1735

**AMILASE**

Material: SORO/REF  
Método: Química Seca

| Resultado | Resultados Anteriores | Valor de Referência                                                                                                                              |
|-----------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 442,0 U/L | —                     | 0 dias a <3 meses: 0,0 a <30,0 U/L<br>3 meses a <1 ano: 0,0 a 46,0 U/L<br>1 ano a 18 anos: 0,0 a 102,0 U/L<br>Acima de 18 anos: 30,0 a 110,0 U/L |

\*Amostra Recebida em: 20/09/2023 21:33:00  
Assinado em: 20/09/2023 22:13:28

Dr. Fagner Augusto Barba De Oliveira  
Responsável Técnico  
CRM: 1735

Os resultados dos exames laboratoriais não são indicadores absolutos de diagnóstico.  
A interpretação correta destes resultados depende da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames e deve ser feita pelo médico. Os resultados são referentes às amostras encaminhadas ao laboratório.  
Cadastro no CRP sob nº: 10685

Dr. Karine dos Anjos  
Responsável Técnica  
CRP/PR: 18.458



Hospital Pequeno Príncipe  
Avenida Silva Jardim, 1639  
Água Verde - Curitiba - PR  
Fone: (41) 3514-4161  
hpp.lisnet.com.br

Paciente: LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO  
Sexo: Masculino  
Data de Nascimento: 11/01/2007 - Idade: 16 anos 8 meses 9 dias  
Nome da Mãe: TATIANE COSTA DA SILVA  
Dr.(a): 40994 - LUCAS KOJI MATSUZAKI  
Unidade: 026-HOSPITAL PEQUENO PRINCÍPE  
Posto: 000002-EMERGÊNCIA  
Local de Entrega: 133-EMER.CONV  
4970031-1247736-4138666-4756

Prontuário: 143567  
Data de Prescrição: 20/09/2023  
20:13:00

**LIPASE**  
Material: SORO  
Método: Química Seca

| Resultados Anteriores | Valor de Referência                                         |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------|
| 308,0 U/L             | 0 a 18 anos: 0,0 a 148,0 U/L<br>> 18 anos: 23,0 a 300,0 U/L |

\*Amostra Recebida em: 20/09/2023 21:33:00  
Assinado em: 20/09/2023 22:13:23

**CREATININA**  
Material: SORO/REF  
Método: Química Seca

| Resultados Anteriores | Valor de Referência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0,70 mg/dL            | 0 a 4 anos: 0,10 a 0,50 mg/dL<br>> 4 a 7 anos: 0,10 a 0,70 mg/dL<br>> 7 a 10 anos: 0,30 a 0,70 mg/dL<br>> 10 a 14 anos: 0,40 a 1,00 mg/dL<br>> 14 a 16 anos: 0,50 a 1,20 mg/dL<br>> 16 a 18 anos:<br>Masculino: 0,80 a 1,50 mg/dL<br>Feminino: 0,70 a 1,20 mg/dL<br>> 18 anos:<br>Masculino: 0,66 a 1,25 mg/dL<br>Feminino: 0,52 a 1,04 mg/dL |

\*Amostra Recebida em: 20/09/2023 21:33:00  
Assinado em: 20/09/2023 22:13:28

Dr. Karine dos Anjos  
Responsável Técnica  
CRF/PR: 18.458

Os resultados dos exames laboratoriais não são indicadores absolutos de diagnóstico. A interpretação correta destes resultados depende da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames e deve ser feita pelo médico. Os resultados são referentes às amostras encaminhadas ao laboratório.  
Cadastro no CRF sob nº: 10685

Hospital Pequeno Príncipe  
Avenida Silva Jardim, 1639  
Água Verde - Curitiba - PR  
Fone: (41) 3514-4161  
hpp.lisnet.com.br

Paciente: LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO  
Sexo: Masculino  
Data de Nascimento: 11/01/2007 - Idade: 16 anos 8 meses 9 dias  
Nome da Mãe: TATIANE COSTA DA SILVA  
Dr.(a): 40994 - LUCAS KOJI MATSUZAKI  
Unidade: 026-HOSPITAL PEQUENO PRINCÍPE  
Posto: 000002-EMERGÊNCIA  
Local de Entrega: 133-EMER.CONV  
4970031-1247736-4138666-4756

Prontuário: 143567  
Data de Prescrição: 20/09/2023  
20:13:00

**POTÁSSIO**  
Material: SORO/SANGUE HEPARINIZADO  
Método: Química Seca/Eletrólito Ion Seletivo

| Resultados Anteriores | Valor de Referência                                                                               |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3,8 mmol/L            | 0 a 6 dias: 3,7 a 5,9 mmol/L<br>> 6 dias a 2 anos: 4,1 a 5,3 mmol/L<br>> 2 anos: 3,5 a 5,1 mmol/L |

\*Amostra Recebida em: 20/09/2023 22:31:27  
Assinado em: 20/09/2023 22:31:27

**SÓDIO**  
Material: SORO/SANGUE HEPARINIZADO  
Método: Química Seca/Eletrólito Ion Seletivo

| Resultados Anteriores | Valor de Referência  |
|-----------------------|----------------------|
| 137,0 mmol/L          | 136,0 a 145,0 mmol/L |

\*Amostra Recebida em: 20/09/2023 21:33:02  
Assinado em: 20/09/2023 22:31:27

Dr. Fagner Augusto Borba De Oliveira  
Biomédico  
CRM: 1755

**PCR - PROTEÍNA C REATIVA (QUANTITATIVO)**  
Material: SORO  
Método: Química Seca

| Resultados Anteriores | Valor de Referência  |
|-----------------------|----------------------|
| 245,0 mg/L            | INFERIOR A 10,0 mg/L |

\*Amostra Recebida em: 20/09/2023 21:33:01  
Assinado em: 20/09/2023 22:13:58

Dr. Karine dos Anjos  
Responsável Técnica  
CRF/PR: 18.458

Os resultados dos exames laboratoriais não são indicadores absolutos de diagnóstico. A interpretação correta destes resultados depende da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames e deve ser feita pelo médico. Os resultados são referentes às amostras encaminhadas ao laboratório.  
Cadastro no CRF sob nº: 10685

Hospital Pequeno Príncipe  
Avenida Silva Jardim, 1639  
Água Verde - Curitiba - PR  
Fone: (41) 3514-4161  
hpp.lisnet.com.br

Paciente: LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO  
Sexo: Masculino  
Data de Nascimento: 11/01/2007 - Idade: 16 anos 8 meses 9 dias  
Nome da Mãe: TATIANE COSTA DA SILVA  
Dr.(a): 40994 - LUCAS KOJI MATSUZAKI  
Unidade: 026-HOSPITAL PEQUENO PRINCÍPE  
Posto: 000002-EMERGÊNCIA  
Local de Entrega: 133-EMER.CONV  
4970031-1247736-4138666-4756

Prontuário: 143567  
Data de Prescrição: 20/09/2023  
20:13:00

**URÉIA**  
Material: SORO/REF  
Método: Química Seca

| Resultados Anteriores | Valor de Referência                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16,0 mg/dL            | 0 a 15 dias:<br>3,4 a 23,5 mg/dL<br>15 dias a <1 ano:<br>3,9 a 17,4 mg/dL<br>1 ano a <10 anos:<br>9,5 a 22,7 mg/dL<br>10 anos a 19 anos:<br>7,8 a 21,6 mg/dL<br>Acima de 19 anos:<br>Masculino: 19,0 a 43,0 mg/dL<br>Feminino: 15,0 a 36,0 mg/dL |

\*Amostra Recebida em: 20/09/2023 21:33:01  
Assinado em: 20/09/2023 22:05:36

Dr. Karine dos Anjos  
Responsável Técnica  
CRF/PR: 18.458

Os resultados dos exames laboratoriais não são indicadores absolutos de diagnóstico. A interpretação correta destes resultados depende da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames e deve ser feita pelo médico. Os resultados são referentes às amostras encaminhadas ao laboratório.  
Cadastro no CRF sob nº: 10685

Hospital Pequeno Príncipe  
Avenida Silva Jardim, 1639  
Água Verde - Curitiba - PR  
Fone: (41) 3514-4161  
hpp.lisnet.com.br

Paciente: LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO  
Sexo: Masculino  
Data de Nascimento: 11/01/2007 - Idade: 16 anos 8 meses 9 dias  
Nome da Mãe: TATIANE COSTA DA SILVA  
Dr.(a): 40994 - LUCAS KOJI MATSUZAKI  
Unidade: 026-HOSPITAL PEQUENO PRINCÍPE  
Posto: 000002-EMERGÊNCIA  
Local de Entrega: 133-EMER.CONV  
4970031-1247736-4138666-4756

Prontuário: 143567  
Data de Prescrição: 20/09/2023  
20:13:00

**BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES**  
Material: SORO/REF  
Método: Química Seca

| Resultados Anteriores | Valor de Referência                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0,44 mg/dL            | 0 a < 15 dias:<br>0,0 a 15,10 mg/dL<br>15 dias a < 1 ano:<br>0,0 a 0,70 mg/dL<br>1 ano a < 9 anos:<br>0,0 a 0,40 mg/dL<br>9 anos a < 12 anos:<br>0,0 a 0,60 mg/dL<br>12 anos a < 15 anos:<br>0,0 a 0,70 mg/dL<br>15 anos a 18 anos:<br>0,0 a 0,80 mg/dL<br>Acima de 18 anos:<br>0,20 a 1,20 mg/dL |
| 0,11 mg/dL            | 0,0 a 0,60 mg/dL                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 0,33 mg/dL            | 0,20 a 1,00 mg/dL                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

\*Amostra Recebida em: 20/09/2023 21:33:00  
Assinado em: 20/09/2023 22:13:28

Dr. Fagner Augusto Borba De Oliveira  
Biomédico  
CRM: 1755

Os resultados dos exames laboratoriais não são indicadores absolutos de diagnóstico. A interpretação correta destes resultados depende da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames e deve ser feita pelo médico. Os resultados são referentes às amostras encaminhadas ao laboratório.  
Cadastro no CRF sob nº: 10685

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

|             |                                       |                     |                      |           |                     |
|-------------|---------------------------------------|---------------------|----------------------|-----------|---------------------|
| Prontuário: | 143567                                | Pedido:             | 1347232              | Atend:    | 4138666             |
| Paciente:   | LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CARVALHO |                     |                      |           |                     |
| Convênio:   | CLINICA ADVENTISTA                    | Médico Solicitante: | LUCAS KOJI MATSUZAKI |           |                     |
| Dt Pedido:  | 20/09/2023 20:21:00                   | Dt Imagem:          | 20/09/2023 21:40:56  | Dt Laudo: | 26/09/2023 13:57:10 |

**RADIOGRAFIA DE TÓRAX**

Incidências: frente e perfil.

Os seguintes aspectos foram observados:

Pulmões com transparência normal.

Seio costofrênico esquerdo obliterado.

Elevação da cúpula diafragmática esquerda.

Mediastino com aspecto radiográfico normal.

Dimensões da área cardíaca habituais.

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



**MARCO ANTONIO NICLODELLI**  
**CRM: 14702**



Atendimento: 4115108 - PEDRO HENRIQUE MARCUZ MARQUES JOSE Lote: 2266729 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente....: PEDRO HENRIQUE MARCUZ MARQUES JOSE  
28/04/2017  
Convênio....: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Plano.....: EMPRESARIAL  
Medico/CRM.: NATALIA SASAKI DELLA MOTTA / 48130  
Guia.....: 13000 Validade.:  
Carteira....: 3357125 Validade.: 24/08/2023 Titular.: PEDRO HENRIQUE MARCUZ MARQUES JOSE  
Biometria...:  
CID.....: T140  
Código RAT.:  
Endereço...: RUA FRANCISCO CAETANO CORADIN SAO DIMAS COLOMBO PR  
Fone.....: 991272290  
Entrada....: 24/08/2023 13:23 Saída: 24/08/2023 14:00



### Resumo da Conta

| Grupo de Procedimento / Setor       | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme | Total           |
|-------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-----------------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>         |           |       |          |       | <b>144,94</b>   |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 144,94    |       |          |       | 144,94          |
| <b>MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO</b> |           |       |          |       | <b>5,65</b>     |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 5,65      |       |          |       | 5,65            |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>         |           |       |          |       | <b>3.126,80</b> |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 3.126,80  |       |          |       | 3.126,80        |
| <b>MATERIAIS SIMPRO</b>             |           |       |          |       | <b>18,02</b>    |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 18,02     |       |          |       | 18,02           |
| <b>Total da Conta: R\$</b>          |           |       |          |       | <b>3.295,41</b> |

#### TAXAS DE USO DE SALA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 60023082 TAXA DE SALA PEQUENOS<br>PROCEDIMENTOSAMBULATORIAL | UN          | 1    | 144,94      | 144,94   |
| Total do Setor:                                             |             |      |             | 144,94   |
| Total de TAXAS DE USO DE SALA:                              |             |      |             | 144,94   |

#### MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                     | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|--------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000012002 CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA<br>10ML. | AMP         | 5    | 1,13        | 5,65     |
| Total do Setor:                                  |             |      |             | 5,65     |
| Total de MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO:           |             |      |             | 5,65     |

#### MATERIAIS BRASINDICE

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000045692 FITA MICROPOROSA BRANCA 25<br>MM X 10 M - CREMER | CM          | 20   | 0,03        | 0,60     |
| 0000062993 HISTOACRYL - ADESIVO<br>CIRURGICO                | UN          | 2    | 1.563,10    | 3.126,20 |
| Total do Setor:                                             |             |      |             | 3.126,80 |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                              |             |      |             | 3.126,80 |

#### MATERIAIS SIMPRO

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Procedimento                                                              | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000018481 COMPRESSA DE GAZE ESTRELA<br>EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAIO | UN          | 13   | 1,09        | 14,17    |
| 0005195017 LUVA CIRURGICA ESTERIL 6,5 PAR                                 | PAR         | 1    | 3,85        | 3,85     |
| Total do Setor:                                                           |             |      |             | 18,02    |
| Total de MATERIAIS SIMPRO:                                                |             |      |             | 18,02    |

### Prestadores Credenciados

#### CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv. | Unid./Ativ. | HE | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------|----------------------------------------------|-------------|----|------|-------------|----------|
| 24/08/2023 | 10101039 Consulta em pronto socorro          | UN          | N  | 1    | 158,00      | 158,00   |

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO





|                         |                              |                            |                                             |
|-------------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS        | 3 - Número da Guia Principal |                            |                                             |
| 000000                  |                              |                            |                                             |
| 4 - Data da Autorização | 5 - Semia                    | 6 - Data Validade da Semia | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
| 24/08/2023              |                              |                            | 13000                                       |

|                       |                        |                          |                               |                               |                       |
|-----------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Dados do Beneficiário | 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome                     | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|                       | 3357125                | 24/08/2023               | PEDRO HENRIQUE MARCUZ MARQUES |                               | N                     |

|                      |                          |                                                              |                                       |                            |                         |         |                 |                                             |
|----------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|---------------------------------------------|
| 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 |
|                      | 76591569000130           | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | NATALIA SASAKI DELLA MOTTA            | 6                          | 48130                   | 41      | 225230          |                                             |

|                                                          |                       |                          |                        |
|----------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados | 21 - Caráter Atendim. | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica |
|                                                          | 2                     | 24/08/2023               |                        |

|             |                             |                |                |                  |
|-------------|-----------------------------|----------------|----------------|------------------|
| 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                                      | 31 - Código CNES |
|                                | 76591569000130           | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 15563            |

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

|                                                       |           |                   |                 |             |                   |                |           |          |          |                        |                           |                        |
|-------------------------------------------------------|-----------|-------------------|-----------------|-------------|-------------------|----------------|-----------|----------|----------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| 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./Acrsse | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|                                                       |           |                   |                 |             |                   |                |           |          |          |                        |                           |                        |

|                                                    |               |                |                             |                           |                            |                         |         |                 |
|----------------------------------------------------|---------------|----------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) | 48 - Seq.Ret. | 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- / /                                            | 3- / /                                         | 5- / / | 7- / / | 9- / /  |
| 2- / /                                            | 4- / /                                         | 6- / / | 8- / / | 10- / / |

|                                  |
|----------------------------------|
| 58 - Observações / Justificativa |
|                                  |

|                                                 |                                                |                               |                          |                                  |                                      |                        |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                  | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)              | 61 - Total Materiais (R\$)    | 62 - Total de CPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Custos Médicinas (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) |
| 0.00                                            | 144.94                                         | 3144.82                       | 0.00                     | 5.65                             | 0.00                                 | 3295.41                |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |                          |                                  |                                      |                        |
|                                                 |                                                |                               |                          |                                  |                                      |                        |



**ANEXO DE OUTRAS DESPESAS**  
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS .. 2 - Número da Guia Referenciada  
000000 13000

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora 76591569000130 4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

5 - Código CNES 15563

**Despesas Realizadas**

| 6 - CD                                                                                   | 7 - Data                                  | 8 - Hr.Inicial | 9 - Hr.Final | 10 - Tabela | 11 - Código do Item | 12 - Qtd. | 13 - Unidade de Medida | 14 - Fator Red. / Acresc. | 15-Valor Unitário-R\$ | 16-Valor Total-R\$ |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------|--------------|-------------|---------------------|-----------|------------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------|
| 17 - Registro ANVISA do Material                                                         | 18 - Referência do material no fabricante |                |              |             |                     |           |                        |                           |                       |                    |
| 1 - 02                                                                                   | 24/08/2023                                | 13:23:24       | 13:23:24     | 00          | 0000012002          | 5         | 001                    | 1,00                      | 1,13                  | 5,65               |
| 20 - Descrição: CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML.                                       |                                           |                |              |             |                     |           |                        |                           |                       |                    |
| 2 - 03                                                                                   | 24/08/2023                                | 13:23:24       | 13:23:24     | 00          | 0000045692          | 20        | 036                    | 1,00                      | 0,03                  | 0,60               |
| 20 - Descrição: FITA MICROPOROSA BRANCA 25 MM X 10 M - CREMER                            |                                           |                |              |             |                     |           |                        |                           |                       |                    |
| 3 - 03                                                                                   | 24/08/2023                                | 13:23:24       | 13:23:24     | 00          | 0000018481          | 13        | 036                    | 1,00                      | 1,09                  | 14,17              |
| 20 - Descrição: COMPRESSA DE GAZE ESTRELA EST. 13 FIOS 7,5 CM X 7,5 CM RAIO GAMA 166.460 |                                           |                |              |             |                     |           |                        |                           |                       |                    |
| 4 - 03                                                                                   | 24/08/2023                                | 13:39:00       | 13:39:00     | 00          | 0000062993          | 1         | 036                    | 1,00                      | 1563,10               | 1563,10            |
| 20 - Descrição: HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                                           |                                           |                |              |             |                     |           |                        |                           |                       |                    |
| 5 - 03                                                                                   | 24/08/2023                                | 13:23:24       | 13:23:24     | 00          | 0000062993          | 1         | 036                    | 1,00                      | 1563,10               | 1563,10            |
| 20 - Descrição: HISTOACRYL - ADESIVO CIRURGICO                                           |                                           |                |              |             |                     |           |                        |                           |                       |                    |
| 6 - 03                                                                                   | 24/08/2023                                | 13:23:24       | 13:23:24     | 00          | 0005195017          | 1         | 048                    | 1,00                      | 3,85                  | 3,85               |
| 20 - Descrição: LUVA CIRURGICA ESTERIL 6,5 PAR                                           |                                           |                |              |             |                     |           |                        |                           |                       |                    |
| 7 - 07                                                                                   | 24/08/2023                                | 13:23:24       | 13:23:24     | 18          | 60023082            | 1         | 036                    | 1,00                      | 144,94                | 144,94             |
| 20 - Descrição: TAXA DE SALA PEQUENOS PROCEDIMENTOSAMBULATORIAL                          |                                           |                |              |             |                     |           |                        |                           |                       |                    |

|                                 |                                |                             |                        |                                 |                           |                      |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------------|
| 21 - Total Gases Medicinais R\$ | 22 - Total de Medicamentos R\$ | 23 - Total de Materiais R\$ | 24 - Total de OPME R\$ | 25 - Total Taxas e Aluguéis R\$ | 26 - Total de Diárias R\$ | 27 - Total Geral R\$ |
| 0,00                            | 5,65                           | 3144,82                     | 0,00                   | 144,94                          | 0,00                      | 3295,41              |



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

2 - Nº Guia no Prestador 4115108000000

1 - Registro ANS 000000  
8 - Número da Guia Principal 4115108000000

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

3357125

9 - Validade da Carteira

24/08/2023

10 - Nome

PEDRO HENRIQUE MARCUZ MARQUES

11 - Cartão Nacional da 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

NATALIA SASAKI DELLA MOTTA

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

48130

18 - UF

41

19 - Código CBO

225230

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cardíer Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

24/08/2023

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

NATALIA SASAKI DELLA MOTTA

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

1 24/08/2023

37 - Hora Inicial 38 - Hora Final

13:23:24

22

10101039

40 - Procedimento

41 - Descrição

Consulta em pronto socorro

42 - Qde

001

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red./Acess

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

59 - 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 Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Conselho

71 - Assinatura do CBO

72 - Assinatura do QI.Solic.

73 - Assinatura do QI.Autoriz.

74 - Assinatura do QI.Solic.

75 - Assinatura do QI.Autoriz.

76 - Assinatura do QI.Solic.

77 - Assinatura do QI.Autoriz.

78 - Assinatura do QI.Solic.

79 - Assinatura do QI.Autoriz.

80 - Assinatura do QI.Solic.

81 - Assinatura do QI.Autoriz.

82 - Assinatura do QI.Solic.

83 - Assinatura do QI.Autoriz.

84 - Assinatura do QI.Solic.

85 - Assinatura do QI.Autoriz.

86 - Assinatura do QI.Solic.

87 - Assinatura do QI.Autoriz.

88 - Assinatura do QI.Solic.

89 - Assinatura do QI.Autoriz.

90 - Assinatura do QI.Solic.

91 - Assinatura do QI.Autoriz.

92 - Assinatura do QI.Solic.

93 - Assinatura do QI.Autoriz.

94 - Assinatura do QI.Solic.

95 - Assinatura do QI.Autoriz.

96 - Assinatura do QI.Solic.

97 - Assinatura do QI.Autoriz.

98 - Assinatura do QI.Solic.

99 - Assinatura do QI.Autoriz.

100 - Assinatura do QI.Solic.

101 - Assinatura do QI.Autoriz.

102 - Assinatura do QI.Solic.

103 - Assinatura do QI.Autoriz.

104 - Assinatura do QI.Solic.

105 - Assinatura do QI.Autoriz.

106 - Assinatura do QI.Solic.

107 - Assinatura do QI.Autoriz.

108 - Assinatura do QI.Solic.

109 - Assinatura do QI.Autoriz.

110 - Assinatura do QI.Solic.

111 - Assinatura do QI.Autoriz.

112 - Assinatura do QI.Solic.

113 - Assinatura do QI.Autoriz.

114 - Assinatura do QI.Solic.

115 - Assinatura do QI.Autoriz.

116 - Assinatura do QI.Solic.

117 - Assinatura do QI.Autoriz.

118 - Assinatura do QI.Solic.

119 - Assinatura do QI.Autoriz.

120 - Assinatura do QI.Solic.

121 - Assinatura do QI.Autoriz.

122 - Assinatura do QI.Solic.

123 - Assinatura do QI.Autoriz.

124 - Assinatura do QI.Solic.

125 - Assinatura do QI.Autoriz.

126 - Assinatura do QI.Solic.

127 - Assinatura do QI.Autoriz.

128 - Assinatura do QI.Solic.

129 - Assinatura do QI.Autoriz.

130 - Assinatura do QI.Solic.

131 - Assinatura do QI.Autoriz.

132 - Assinatura do QI.Solic.

133 - Assinatura do QI.Autoriz.

134 - Assinatura do QI.Solic.

135 - Assinatura do QI.Autoriz.

136 - Assinatura do QI.Solic.

137 - Assinatura do QI.Autoriz.

138 - Assinatura do QI.Solic.

139 - Assinatura do QI.Autoriz.

140 - Assinatura do QI.Solic.

141 - Assinatura do QI.Autoriz.

142 - Assinatura do QI.Solic.

143 - Assinatura do QI.Autoriz.

144 - Assinatura do QI.Solic.

145 - Assinatura do QI.Autoriz.

146 - Assinatura do QI.Solic.

147 - Assinatura do QI.Autoriz.

148 - Assinatura do QI.Solic.

149 - Assinatura do QI.Autoriz.

150 - Assinatura do QI.Solic.

151 - Assinatura do QI.Autoriz.

152 - Assinatura do QI.Solic.

153 - Assinatura do QI.Autoriz.

154 - Assinatura do QI.Solic.

155 - Assinatura do QI.Autoriz.

156 - Assinatura do QI.Solic.

157 - Assinatura do QI.Autoriz.

158 - Assinatura do QI.Solic.

159 - Assinatura do QI.Autoriz.

160 - Assinatura do QI.Solic.

161 - Assinatura do QI.Autoriz.

162 - Assinatura do QI.Solic.

163 - Assinatura do QI.Autoriz.

164 - Assinatura do QI.Solic.

165 - Assinatura do QI.Autoriz.

166 - Assinatura do QI.Solic.

167 - Assinatura do QI.Autoriz.

168 - Assinatura do QI.Solic.

169 - Assinatura do QI.Autoriz.

170 - Assinatura do QI.Solic.

171 - Assinatura do QI.Autoriz.

172 - Assinatura do QI.Solic.

173 - Assinatura do QI.Autoriz.

174 - Assinatura do QI.Solic.

175 - Assinatura do QI.Autoriz.

176 - Assinatura do QI.Solic.

177 - Assinatura do QI.Autoriz.

178 - Assinatura do QI.Solic.

179 - Assinatura do QI.Autoriz.

180 - Assinatura do QI.Solic.

181 - Assinatura do QI.Autoriz.

182 - Assinatura do QI.Solic.

183 - Assinatura do QI.Autoriz.

184 - Assinatura do QI.Solic.

185 - Assinatura do QI.Autoriz.

186 - Assinatura do QI.Solic.

187 - Assinatura do QI.Autoriz.

188 - Assinatura do QI.Solic.

189 - Assinatura do QI.Autoriz.

190 - Assinatura do QI.Solic.

191 - Assinatura do QI.Autoriz.

192 - Assinatura do QI.Solic.

193 - Assinatura do QI.Autoriz.

194 - Assinatura do QI.Solic.

195 - Assinatura do QI.Autoriz.

196 - Assinatura do QI.Solic.

197 - Assinatura do QI.Autoriz.

198 - Assinatura do QI.Solic.

199 - Assinatura do QI.Autoriz.

200 - Assinatura do QI.Solic.

201 - Assinatura do QI.Autoriz.

202 - Assinatura do QI.Solic.

203 - Assinatura do QI.Autoriz.

204 - Assinatura do QI.Solic.

205 - Assinatura do QI.Autoriz.

206 - Assinatura do QI.Solic.

207 - Assinatura do QI.Autoriz.

208 - Assinatura do QI.Solic.

209 - Assinatura do QI.Autoriz.

210 - Assinatura do QI.Solic.

211 - Assinatura do QI.Autoriz.

212 - Assinatura do QI.Solic.

213 - Assinatura do QI.Autoriz.

214 - Assinatura do QI.Solic.

215 - Assinatura do QI.Autoriz.

216 - Assinatura do QI.Solic.

217 - Assinatura do QI.Autoriz.

218 - Assinatura do QI.Solic.

219 - Assinatura do QI.Autoriz.

220 - Assinatura do QI.Solic.

221 - Assinatura do QI.Autoriz.

222 - Assinatura do QI.Solic.

223 - Assinatura do QI.Autoriz.

224 - Assinatura do QI.Solic.

225 - Assinatura do QI.Autoriz.

226 - Assinatura do QI.Solic.

227 - Assinatura do QI.Autoriz.

228 - Assinatura do QI.Solic.

229 - Assinatura do QI.Autoriz.

230 - Assinatura do QI.Solic.

231 - Assinatura do QI.Autoriz.

232 - Assinatura do QI.Solic.

233 - Assinatura do QI.Autoriz.

234 - Assinatura do QI.Solic.

235 - Assinatura do QI.Autoriz.

236 - Assinatura do QI.Solic.

237 - Assinatura do QI.Autoriz.

238 - Assinatura do QI.Solic.

239 - Assinatura do QI.Autoriz.

240 - Assinatura do QI.Solic.

241 - Assinatura do QI.Autoriz.

242 - Assinatura do QI.Solic.

243 - Assinatura do QI.Autoriz.

244 - Assinatura do QI.Solic.

245 - Assinatura do QI.Autoriz.

246 - Assinatura do QI.Solic.

247 - Assinatura do QI.Autoriz.

1 - Registro ANS 000000

5 - Número da Guia Principal 4115108000000

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 3357125

9 - Validade da Carteira 24/08/2023

10 - Nome PEDRO HENRIQUE MARCUZ MARQUES

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 NATALIA SASAKI DELLA MOTTA

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 48130

18 - UF 41

19 - Código CBO 225230

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter. Atendim. 2

22 - Data da Solicitação 24/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - QLSolic. 28 - QLAutoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59

30 - Nome do Contratado NATALIA SASAKI DELLA MOTTA

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 24/08/2023 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 13:23:24 39 - Tabela 22

40 - Procedimento 10101039

41 - Descrição Consulta em pronto socorro

42 - Cide 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. 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 - 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 Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

CLAUDIA. Data/Hora: 24/08/2023 19:15:44

Conta/Lote: 2266729

Atendimento: 4115108

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2266729

1 / 1



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

2 - Nº Guia no Prestador **4115108000000**

1 - Beneficiário ANS

000000

8 - Número da Guia Principal

4115108000000

4 - Data da Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Arbulado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

3357125

9 - Validade da Carteira

24/08/2023

10 - Nome

PEDRO HENRIQUE MARCUZ MARQUES

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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

NATALIA SASAKI DELLA MOTTA

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

48130

18 - UF

41

19 - Código CBO

225230

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cartão Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

24/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QLSalc.

28 - QLSAutiz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

59

30 - Nome do Contratado

NATALIA SASAKI DELLA MOTTA

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

24/08/2023

37 - Hora Inicial

13:23:24

38 - Hora Final

13:23:24

39 - Tabela

22

40 - Procedimento

10101039

41 - Descrição

Consulta em pronto socorro

42 - Cide

001

43 - Via

001

44 - Tec

001

45 - Fator Red/Accesc

001

46 - Valor Unitário (R\$)

001

47 - Valor Total (R\$)

001

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- / /

38 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPRNE (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 Campeado

CLAUDIA. Data/Hora: 24/08/2023 19:18:09

Conta/Lote: 2266729

Atendimento: 4115108

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2266729

1 / 1

**AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO**

**Aluno:** Pedro Henrique Marcuz Marques José  
**Nº da Carteira:** 3.357.125  
**Instituição:** Escola Adventista Colombo



**Data de Nascimento:** 28/04/2017

**Nº da Guia:** 13000

| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade       |
|--------------------|----------|-------|-----------------|
| 24/08/2023         | 11:45:00 | Pátio | saída de alunos |

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

**Descrição**

trauma lado direito, caiu bateu a cabeça com corte profundo.

| Testemunha da ocorrência         | Telefone       |
|----------------------------------|----------------|
| Ana Gabriela Marcuz Marques José | (41) 9779-5824 |
| Ana Gabriela Marcuz Marques José | (41) 9779-5824 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Andressa Caroline               | 24/08/2023 |

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

**Observações**

Foi atendido pelo colégio e encaminhado ao pronto atendimento.

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

Cláudio José da 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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) (não credenciados) com os seguintes dados:**

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157  
[assistenciamedica@clinicaadventista.org.br](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



the person authorized to receive this e-mail, you should not use, copy, alter, share or disclose the information contained in it. If you have received this message by mistake, please notify the sender immediately by replying to the e-mail and then deleting it.

---

**De:** "Natalia Schiestl da Silva" <natalia.silva@hpp.org.br>  
**Para:** "assistenciamedica" <assistenciamedica@clinicaadventista.org.br>  
**Cc:** "gestaosau" <gestaosau@clinicaadventista.org.br>, "liberacoes-emergenciais" <liberacoes-emergenciais@hpp.org.br>  
**Enviadas:** Sexta-feira, 1 de setembro de 2023 13:36:15  
**Assunto:** HPP - PEDRO HENRIQUE MARCUZ MARQUES- GUIA:3357125- CLINICA ADVENTISTA

Boa tarde,  
Paciente: PEDRO HENRIQUE MARCUZ MARQUES  
Guia:3357125  
Segue anexo Anamnese do atendimento do paciente acima citado.

Solicito liberação da COLA HISTOACRYL - 70312426 x 01.

Att.



Natalia Schiestl da Silva

Auxiliar de Central de Guias

+55.41.3310.1010

[natalia.silva@hpp.org.br](mailto:natalia.silva@hpp.org.br)

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

Príncipe [www.pequenoprincipe.org.br](http://www.pequenoprincipe.org.br)



Esta mensagem pode conter informações pessoais ou sigilosas. Se você não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber este e-mail, não deverá utilizar, copiar, alterar, compartilhar ou divulgar as informações nele inseridas. Se você recebeu esta mensagem por engano, favor avisar imediatamente a pessoa remetente respondendo ao e-mail e em seguida apagando-o.

This message may contain personal or confidential information. If you are not the recipient or the person authorized to receive this e-mail, you should not use, copy, alter, share or disclose the information contained in it. If you have received this message by mistake, please notify the sender immediately by replying to the e-mail and then deleting it.

Zimbra

natalia.silva@hpp.org.br

**RES: HPP - PEDRO HENRIQUE MARCUZ MARQUES- GUIA:3357125- CLINICA ADVENTISTA**

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

seg., 11 de set. de 2023 16:49

📎 1 anexo

**Assunto :** RES: HPP - PEDRO HENRIQUE MARCUZ MARQUES-  
GUIA:3357125- CLINICA ADVENTISTA

**Para :** 'Natalia Silva' <natalia.silva@hpp.org.br>

Autorizado.

Atenciosamente

**Leticia Silva Carvalho**

Analista de Assistência Médica

☎ (41) 3240.2915

☎ (41) 99895.0157

clinicaadventista.org.br

Clínica Adventista  
de CuritibaClínica Adventista  
de Porto Alegre

**De:** Natalia Silva <natalia.silva@hpp.org.br>

**Enviada em:** terça-feira, 5 de setembro de 2023 07:11

**Para:** assistenciamedica <assistenciamedica@clinicaadventista.org.br>

**Cc:** gestaosaude <gestaosaude@clinicaadventista.org.br>; liberacoes-emergenciais <liberacoes-emergenciais@hpp.org.br>

**Assunto:** Re: HPP - PEDRO HENRIQUE MARCUZ MARQUES- GUIA:3357125- CLINICA ADVENTISTA

Bom dia, necessitamos de um retorno por gentileza.  
Att.

**Natalia Schiestl da Silva**

Auxiliar de Central de Guias

+55.41.3310.1010

natalia.silva@hpp.org.br

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

Esta mensagem pode conter informações pessoais ou sigilosas. Se você não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber este e-mail, não deverá utilizar, copiar, alterar, compartilhar ou divulgar as informações nele inseridas. Se você recebeu esta mensagem por engano, favor avisar imediatamente a pessoa remetente respondendo ao e-mail e em seguida apagando-o.

This message may contain personal or confidential information. If you are not the recipient or