

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

Faturas por paciente

304 INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE										Protocolo		
Senha	Matricula	Data e Hora de Entrada	Médico	Atendimento	Guia	Procedimento	Nota Fiscal	RPS	Vencimento	Valor por Paciente		
									11/12/2023	Produção	Tx Disponib.	Total
0005 ANA LUIZA GIRARDELLO	2376984	17/10/2023 12:25:00	8585 VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA	4.161.581	14014	Consulta Em Pronto Socorro		158,00	56,01	158,00	56,01	214,01
0016 BEATRIZ CRISTINA SEMESKE PEREIRA	2781957	30/10/2023 18:39:00	38523 RODRIGO PIANTONI GONCALVES	4.174.138	14276	Consulta Em Pronto Socorro		158,00	56,01	158,00	56,01	214,01
0001 BERNARDO DAL AQUA DE ALMEIDA	2324345	10/10/2023 11:09:00	26021 CAMILLA DENEKA ARANTES SOUZA	4.156.197	13910	Consulta Em Pronto Socorro		158,00	56,01	158,00	56,01	214,01
0015 GUILHERME SOUZA ABECH	2374400	27/10/2023 16:01:00	10518 MARISTELA GOMES GONCALVES	4.171.837	14223	Consulta Em Pronto Socorro		158,00	56,01	158,00	56,01	214,01
0002 ISRAEL DE BRITO SILVA	13371	15/09/2023 09:59:00	23173 ANDRE MARCELO OKURA	4.133.560	13371	Consulta Em Pronto Socorro		158,00	56,01	158,00	56,01	214,01
0017 ITALO CARVALHO CAFFARO VICENTINI	3268709	30/10/2023 18:33:00	43290 GUSTAVO MOURA DA MATA M	4.174.134	14281	Consulta Em Pronto Socorro		158,00	56,01	158,00	56,01	214,01
0007 JOSUE DE BRITO PEREIRA	375701	20/09/2023 13:37:00	21395 ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA	4.138.048	13476	Consulta Em Pronto Socorro		158,00	56,01	158,00	56,01	214,01
0013 KAUAN DE SOUZA DA SILVA	3268226	22/09/2023 14:49:00	51922 GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS	4.140.701	13532	Consulta Em Pronto Socorro		158,00	56,01	158,00	56,01	214,01
0014					30101794	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento		158,00	56,01	158,00	56,01	214,01
0006 LAURA MATEUS BARCELOS CREFTA	2781802	16/10/2023 10:30:00	15413 PATRICIA ROZETTI	4.160.184	13976	Consulta Em Pronto Socorro		158,00	56,01	158,00	56,01	214,01
0011	2781802	23/10/2023 13:52:00	48064 EMERSON FARIA BORGES	4.167.276	13976	Consulta Em Pronto Socorro		158,00	56,01	158,00	56,01	214,01
0021 LORENZO DE OLIVEIRA GRASSI	2791131	16/10/2023 14:54:00	40994 LUCAS KOJI MATSUZAKI	4.160.685	13988	Consulta Em Pronto Socorro		158,00	56,01	158,00	56,01	214,01
0022					30101794	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento		91,65		91,65		91,65
Total do Paciente								249,65		305,66		

versão de 12/12/2023 18:25:00



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

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

Fatura nº 055850/2023 Convênio 304 INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE Protocolo Nota Fiscal RPS Vencimento 11/12/2023 Faturas por paciente

Item Paciente Senha	Matricula	Data e Hora de Entrada	Médico	Atendimento	Guia Procedimento	Produção	Tx Disponib.	Total
0010 LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CAR	2781562	20/09/2023 17:49:00	40994 LUCAS KOJI MATSUZAKI	4.138.666	10101039 Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01	214,01
Total do Paciente						158,00	56,01	214,01
0004 LUCAS PRADO FERREIRA	2377430	06/10/2023 15:39:00	11611 NEUMA MARILIA M DA SILVA KORMANN	4.153.590	10101039 Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01	214,01
Total do Paciente						158,00	56,01	214,01
0009 LUNA EMANUELLY GODKE VASCONCELOS	2781693	09/10/2023 18:33:00	43290 GUSTAVO MOURA DA MATA M	4.155.580	10101039 Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01	214,01
Total do Paciente						158,00	56,01	214,01
0018 MARIA JULIA GONÇALVES DE MEDEIROS	375655	31/10/2023 17:52:00	8961 NILTON KIESEL FILHO	4.175.163	10101039 Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01	214,01
Total do Paciente						158,00	56,01	214,01
0012 NATALLY GABRIELLY LEAL APOLINARIO	141023	14/10/2023 14:23:00	43290 GUSTAVO MOURA DA MATA M	4.159.159	10101039 Consulta Em Pronto Socorro	205,40	56,01	261,41
Total do Paciente						205,40	56,01	261,41
0019 PIETRO AGRELA CAMPOS	3381037	02/10/2023 16:28:00	40994 LUCAS KOJI MATSUZAKI	4.149.140	10101039 Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01	214,01
Total do Paciente						158,00	56,01	214,01
0020				30101794 Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento		91,65		91,65
Total do Paciente						249,65		305,66
0003 SOFIA DE OLIVEIRA MILENO SCHMIDT	368156	28/09/2023 11:55:00	16586 KARIN CRISTINE GARCIA DE FRAGA	4.145.846	10101039 Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01	214,01
Total do Paciente						158,00	56,01	214,01
0008 VALENTINA MADINI ANDREUZZI	2781496	19/10/2023 17:37:00	23262 VANESSA REGINA MEZZOMO DE	4.164.312	10101039 Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01	214,01
Total do Paciente						158,00	56,01	214,01
Total da Fatura (Valor+Taxa):55850/2023						3.324,35	1.064,19	4.388,54

1/1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bernardo Dal'acqua de Almeida
Nº da Carteira: 2.32.4345
Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - BIEFM



Data de Nascimento: 06/08/2012 Nº da Guia: 13910

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/10/2023	09:47:00	Playground (Ex.: parquinho)	Cama Elástica

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pescoço

Descrição

o aluno estava brincando na cama elástica e caiu de mal jeito e sentiu dores no pescoço.

Testemunha da ocorrência

Ana

Telefone

(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros

Ana

Data

10/10/2023

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

Observações

foi aplicado gelo no local da dor e comunicado aos responsáveis pelo aluno.

Ass.:

Leonardo de Assis Rosa

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

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 4133560000000

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 4133560000000

4 - Data da Autorização 15/09/2023 5 - Senha 13371 6 - Data Validade da Senha

Dados do Beneficiário 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13371

8 - Número da Carteira 13371 9 - Validade da Carteira 15/09/2023 10 - Nome ISRAEL DE BRITO SILVA

Dados do Solicitante 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

13 - Código na Operadora 76591569000130 14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE MARCELO OKURA 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 23173 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Cartão Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 15/09/2023 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59 30 - Nome do Contratado ANDRE MARCELO OKURA 31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 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 15/09/2023 37 - Hora Inicial 09:59:16 38 - Hora Final 09:59:16 39 - Tabela 22 40 - Procedimento 10101039 41 - Descrição Consulta em pronto socorro 42 - Cite 001 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acrece 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 158,00

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

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na operacional/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 do OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 158,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

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

CLAUDIA. Data/Hora: 15/09/2023 12:23:29

Conta/Lote: 2276068

Atendimento: 4133560

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2276068

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Israel de Brito Silva
Nº da Carteira: 3.357.706
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 29/07/2019

Nº da Guia: 13371

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/09/2023	07:20:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava em sala, a colega empurrou ele caiu com o corpo em cima da mão e deu uma torção no dedo mindinho.

Testemunha da ocorrência

Caroline

Telefone

(41) 3028-5450

Quem prestou primeiros socorros

Andressa Caroline

Data

15/09/2023

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde, Curitiba
- PR

Telefone

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

Observações

aluno foi atendido e notificado os pais, teve febre seguido de vomito, foi 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 (não credenciados) com os seguintes dados:

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

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	4145846000000
4 - Data da Autorização	5 - Senha
28/09/2023	13640
6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
	13640

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
368156	31/12/2023	SOFIA DE OLIVEIRA MILENO SCHMIDT		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
KARIN CRISTINE GARCIA DE FRAGA	6	16586	41	225124	EMANEXO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados	21 - Caráter Atendim.	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
	2	28/09/2023	

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

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
59	KARIN CRISTINE GARCIA DE FRAGA	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 - Qtd	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acrec	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 28/09/2023	11:55:31	11:55:31	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001		1.00		158.00	158.00

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

48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operacional/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
EMANEXO	

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

2. Nº Guia

SETOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

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

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

Dados do Solicitante	13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--------------------------	-------------------------	---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Item Assistencial Solicitados	21 - Cartão do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
---	----------------------------	--------------------------	------------------------	-------------	--	----------------	------------------	----------------

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

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	-----------	-------------------	-----------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	-----------	------------------------	---------------------------	------------------------

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	------------------------

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

Dr. João G. de Figueiredo
CRM-PR 10006

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sofia de Oliveira Mileno Schmidt
Nº da Carteirinha: 3.6.8156
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 10/05/2016

Nº da Guia: 13640

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/09/2023	09:53:00	Corredor	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

Aluna estava retornando do intervalo para sala, como estava correndo ao desviar de um colega acabou batendo a cabeça na parede do corredor da sala de aula com um pouco de força. No local já logo após a batida já começou um inchaço, aluna também se encontra levemente pálida.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Larissa	28/09/2023

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

Observações

Prestado os primeiros atendimentos a aluna na enfermaria escolar, assim como foi mantida em observação até a chegada dos responsáveis.. Entrado em contato com o pai que se encontra ciente.

Ass.: _____

Janaína aparecida de Souza 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 (não credenciados) com os seguintes dados:

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 4153590000000

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal
4153590000000

4 - Data da Autorização
06/10/2023

5 - Senha
13841

Dados do Beneficiário

6 - Data Validade da Senha
31/12/2023

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
13841

8 - Número da Carteira
2377430

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
LUCAS PRADO FERREIRA

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
NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
11611

18 - UF
41

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN

21 - Caracter Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
06/10/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

27 - QLSolic.
28 - QLAutoriz.

29 - Código na Operadora
59

30 - Nome do Contratado
NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN

31 - Código CNES
15563

32 - Tipo Atendimento
04

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 - Cide
43 - Via
44 - Tec
45 - Fator Red/Acresc
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\$)
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

ELIANE.

Data/Hora: 06/10/2023 15:59:03

Controle: 2286025

Atendimento: V4153590

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2286025

1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucas Prado Ferreira
Nº da Carteira: 2.37.7430
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 22/09/2016

Nº da Guia: 13841

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/10/2023	13:55:00	Pátio	Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

O aluno estava em aula de educação física e saiu para beber água e escorregou e bateu a cabeça no chão e foi colocá-lo no local.

Testemunha da ocorrência

Isabele

Telefone

(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros

Isabele

Data

06/10/2023

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

Observações

O aluno foi atendido pela monitora Isabele e encaminhado para o hospital de referência. Foi comunicado o familiar via ligação.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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

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

Impresso por: Nailson Veras do Nascimento

1 de 1

6/10/2023 14:16

1 - Registro ANS 000000
5 - Número da Guia Principal 4161581000000

4 - Data da Autorização
5 - Sentia
6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2376984
9 - Validade da Carteira 17/10/2023
10 - Nome ANA LUIZA GIRARDELLO
11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

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

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

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim. 2
22 - Data da Solicitação 17/10/2023
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 VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA
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 17/10/2023	12:25:50	12:25:50	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001		1,00		158,00	158,00

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

48 - Sec. 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 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



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Luiza Girardello
Nº da Carteirinha: 2.37.6984
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 09/02/2010

Nº da Guia: 14014

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/10/2023	11:30:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Dores abdominais	Abdomen

Descrição

A aluna sentiu dores fortes abdominais em sala.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

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

Observações

A aluna foi atendida na orientação educacional, informando a responsável e encaminhado ambas para o hospital de referência.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.: _____

Nailson Veras do Nascimento

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

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

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5-Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Ana Luiza Ginecolatto

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24- Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Data Solc.

28 - Data Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data

37-Hora Inicial

38-Hora Final

39-Tabela

40-Código do Procedimento

41-Descrição

42 - Cide

43-Via

44-Tec.

45 - Fator Red/Acresc.

46-Valor Unitário (R\$)

47-Valor Total (R\$)

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

48-Seq Ref 49-Grav Part. 50-Código na Operadora/CNP

51-Nome do Profissional

52-Conselho Profissional

53-Número no Conselho

54-UF

55-Código CBO

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

58-Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Dr. Ben e. may

Dr. Vera Hamilto Barbosa
CRM-PR 8585



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

2 - Nº Guia no Prestador 4160184000000

1 - Registro ANS 000000 5 - Número da Guia Principal 4160184000000

4 - Data da Autorização 16/10/2023 5 - Senha 13976 6 - Data Validade da Senha 30/12/2023

7 - Número da Guia Arbuldo pela Operadora 21153

8 - Número da Carteira 13976 9 - Validade da Carteira 30/12/2023 10 - Nome LAURA MATEUS BARCELOS CREFTA 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 PATRICIA ROZETTI 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 15413 18 - UF 41 19 - Código CBO 225124 20 - Assinatura do Profissional Solicitante EMANEXO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Cartão Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 16/10/2023 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 PATRICIA ROZETTI 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

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\$)
16/10/2023	10:30:02	10:30:02	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001		1.00		158.00	158.00

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

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

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

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 158.00 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPM (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 158.00 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável EMANEXO 68 - Assinatura do Contratado



SEI

2. Nº 6814 no Processo
Produtor

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

CRM 15413

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Laura Mateus Barcelos Crefta
Nº da Carteirinha: 2.78.1802
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 13/06/2007

Nº da Guia: 13976

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/10/2023	09:00:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Desmaio

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

A aluna estava em aula de Edu. Física.

Testemunha da ocorrência

Prof. Paloma

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Prof. Paloma

Data

16/10/2023

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

Observações

A aluna estava em aula quando desmaiou sem nenhum motivo, foi entrado em contato com o pai e ambos foram encaminhado para o hospital de referência.

Ass.:

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Disciplinar

Fábio 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 (não credenciados) com os seguintes dados:

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