



Faturas por paciente

Fatura nº		Convênio					Protocolo		Nota Fiscal		Vencimento	
056011/2023		304 INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE							RPS		10/01/2024	
Item	Paciente	Matricula	Data e Hora de Entrada	Médico	Atendimento	Guia	Procedimento					Total
0016	JULIA NEGRAO PONTES	368640	16/11/2023 17:04:00	48130 NATALIA SASAKI DELLA MOTTA	14638	30101794	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	91,65				91,65
Total do Paciente								249,65				305,66
0013	JULIA SANTOS DE ABREU	2791634	30/11/2023 20:32:00	48064 EMERSON FARIA BORGES	14924	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	205,40	56,01			261,41
Total do Paciente								205,40	56,01			261,41
0011	KAUAN DE ANDRADE DE LIMA SILVA	27949	27/11/2023 20:12:00	40983 MARINA CARDOSO COSTA	14850	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	205,40	56,01			261,41
Total do Paciente								205,40	56,01			261,41
0003	MARIANA ELOIZE SIZANOSKI	27963	22/11/2023 14:03:00	37106 AMANDA JOEKEI KASSEM	14731	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01			214,01
Total do Paciente								158,00	56,01			214,01
0021	SARAH DOIN LUPACK	2801124	24/11/2023 14:54:00	25919 VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	14784	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01			214,01
0022						30722349	Fratura De Falange-tratamento Conservador	108,46				108,46
0023						30711010	Imobilizações Não-gessadas (qualquer Segmento)	17,38				17,38
Total do Paciente								283,84				339,85
0008	SEBASTIAN BRUSAMOLIN MAURER	2118032	09/11/2023 14:42:00	12875 EUSEBIO DA CUNHA MARQUES	14499	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01			214,01
Total do Paciente								158,00	56,01			214,01
0001	THEO DOS SANTOS AMANCIO DA SILVA	3381797	13/11/2023 12:02:00	26551 JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	14556	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01			214,01
Total do Paciente								158,00	56,01			214,01
0007	THIAGO DE OLIVEIRA SEBASTIAO	2325833	09/11/2023 11:34:00	48557 HELDER DE MOURA VILLELA JUNIOR	14486	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01			214,01
Total do Paciente								158,00	56,01			214,01
0004	VERONICA GERONASSO VIZENTINI	14311	01/11/2023 07:35:00	23173 ANDRE MARCELO OKURA	14311	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01			214,01
Total do Paciente								158,00	56,01			214,01
0017	YURI FELSKY RIBEIRO DA ROSA	2377375	13/11/2023 11:20:00	45979 DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA	14555	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01			214,01
0018						30101794	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	91,65				91,65
Total do Paciente								249,65				305,66



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

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

Faturas por paciente

Fatura nº		Convênio				Protocolo		Nota Fiscal		RPS		Vencimento	
056011/2023		304 INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE										10/01/2024	
Item	Paciente Senha	Matricula	Médico Data e Hora de Entrada	Atendimento	Guia Procedimento								
0016	JULIA NEGRAO PONTES	368640	48130 NATALIA SASAKI DELLA MOTTA	14638	30101794	Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento	91,65						91,65
Total do Paciente							249,65						305,66
0013	JULIA SANTOS DE ABREU	2791634	48064 EMERSON FARIA BORGES	14924	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	205,40	56,01				261,41	
Total do Paciente							205,40	56,01				261,41	
0011	KAUAN DE ANDRADE DE LIMA SILVA	27949	40983 MARINA CARDOSO COSTA	14850	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	205,40	56,01				261,41	
Total do Paciente							205,40	56,01				261,41	
0003	MARIANA ELOIZE SIZANOSKI	27963	37106 AMANDA JOEKEI KASSEM	14731	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01				214,01	
Total do Paciente							158,00	56,01				214,01	
0021	SARAH DOIN LUPACK	2801124	25919 VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	14784	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01				214,01	
0022													
Total do Paciente							108,46					108,46	
0023													
Total do Paciente							17,38					17,38	
Total do Paciente							283,84					339,88	
0008	SEBASTIAN BRUSAMOLIN MAURER	2118032	12875 EUSEBIO DA CUNHA MARQUES	14499	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01				214,01	
Total do Paciente							158,00	56,01				214,01	
0001	THEO DOS SANTOS AMANCIO DA SILVA	3381797	26551 JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	14556	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01				214,01	
Total do Paciente							158,00	56,01				214,01	
0007	THIAGO DE OLIVEIRA SEBASTIAO	2325833	48557 HELDER DE MOURA VILLELA JUNIOR	14486	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01				214,01	
Total do Paciente							158,00	56,01				214,01	
0004	VERONICA GERONASSO VIZENTINI	14311	23173 ANDRE MARCELO OKURA	14311	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01				214,01	
Total do Paciente							158,00	56,01				214,01	
0017	YURI FELSKY RIBEIRO DA ROSA	2377375	45979 DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA	14555	10101039	Consulta Em Pronto Socorro	158,00	56,01				214,01	
0018													
Total do Paciente							249,65					305,66	



Clínica Adventista
de Curitiba

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

2 - Nº

14556

1 - Registro ANS	000000	3 - N. Guia Principal	4185075000000	4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data Validada em Sanha		7 - Data Emissão da Guia	
8 - Número da Carteira	3381797	9 - Plano		10 - Validade da Carteira	30/12/2023	11 - Nome do Beneficiário	THEO DOS SANTOS AMANCIO DA SILVA	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Contratado Solicitante											
13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	76591569000130	14 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO								
15 - Nome do Profissional Solicitante	JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	16 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO								
17 - Código na Operadora / CNPJ / CPF	76591569000130	18 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO								
19 - Nome do Profissional Solicitante	JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	20 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO								
21 - Data/Hora da Solicitação	13/11/2023	22 - Caracter da Solicitação	2	23 - CID - 10 Principal		24 - Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)					
25 - CID - 10 Secundária		26 - CID - 10 Complementar		27 - CID - 10 Complementar		28 - CID - 10 Complementar		29 - CID - 10 Complementar		30 - CID - 10 Complementar	
Dados do Contratado Executante											
31 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	59	32 - Nome do Contratado	JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO								
33 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	59	34 - Nome do Contratado	JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO								
35 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	59	36 - Nome do Contratado	JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO								
37 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	59	38 - Nome do Contratado	JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO								
39 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	59	40 - Nome do Contratado	JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO								
41 - Nome do Profissional Executante/Complementar		42 - Nome do Profissional									
43 - Nome do Profissional		44 - Nome do Profissional									
45 - Nome do Profissional		46 - Nome do Profissional									
47 - Nome do Profissional		48 - Nome do Profissional									
49 - Nome do Profissional		50 - Nome do Profissional									
51 - Nome do Profissional		52 - Nome do Profissional									
53 - Nome do Profissional		54 - Nome do Profissional									
55 - Nome do Profissional		56 - Nome do Profissional									
57 - Nome do Profissional		58 - Nome do Profissional									
59 - Nome do Profissional		60 - Nome do Profissional									
61 - Nome do Profissional		62 - Nome do Profissional									
63 - Nome do Profissional		64 - Nome do Profissional									
65 - Nome do Profissional		66 - Nome do Profissional									
67 - Nome do Profissional		68 - Nome do Profissional									
69 - Nome do Profissional		70 - Nome do Profissional									
71 - Nome do Profissional		72 - Nome do Profissional									
73 - Nome do Profissional		74 - Nome do Profissional									
75 - Nome do Profissional		76 - Nome do Profissional									
77 - Nome do Profissional		78 - Nome do Profissional									
79 - Nome do Profissional		80 - Nome do Profissional									
81 - Nome do Profissional		82 - Nome do Profissional									
83 - Nome do Profissional		84 - Nome do Profissional									
85 - Nome do Profissional		86 - Nome do Profissional									
87 - Nome do Profissional		88 - Nome do Profissional									
89 - Nome do Profissional		90 - Nome do Profissional									
91 - Nome do Profissional		92 - Nome do Profissional									
93 - Nome do Profissional		94 - Nome do Profissional									
95 - Nome do Profissional		96 - Nome do Profissional									
97 - Nome do Profissional		98 - Nome do Profissional									
99 - Nome do Profissional		100 - Nome do Profissional									

Impresso por: CHRISIAN.MATTOS Data/Hora: 13/11/2023 12:03:06 Conta/Lote: 2303006 Atendimento: 4185075 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 2303006

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Théo dos Santos Amancio da Silva
Nº da Carteira: 3.38.1797
Instituição: Colégio Adventista Araucária

Data de Nascimento: 24/02/2014

Nº da Guia: 14556

Data da Ocorrência: 13/11/2023
Horário: 10:09:00
Local: Pátio

Atividade: Deslocamento interno

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Perna Direita

Descrição

O aluno estava correndo na escada e acabou caindo na escada de acesso, está com dor na perna esquerda. Feito imobilização !

Testemunha da ocorrência

Cleverson

Telefone

(41) 3028-5410

Quem prestou primeiros socorros

Andrey

Data

13/11/2023

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

O aluno foi atendido pelo professor de educação física Andrey, fazendo a imobilização.

Ass.:

CLEVERSON DA SILVA TURIBIO

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

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

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: THEO DOS SANTOS AMANCIO DA SILVA
Data Nasc: 24/02/2014
Nome Mãe: SONIA APARECIDA DOS SANTOS
Endereço: RUA JEREMIAS EUGENIO FERNANDES
Cidade: CURITIBA
Responsável:

Nome Pai: MATIAS AMANCIO DA SI
Número: 820
Bairro: TATUQUARA
Telefone:

Idade: 9 Anos 8 Meses 20 Dias Sexo: MASCULIN
CNS do Paciente:
Complemento: CASA
CEP: 81470055 UF: PR
Grau de Parentesco:

CODIGO 04185075

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI
Data/Hora: 13/11/2023 - 12:02
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

CRM: 27706

Plano: EMPRESARIAL

Unid. Internação:
Leito:
Matrícula: 3381797

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

QUEDA ESCOLA HOJE
DOR PERNA ESQUERDA

Exame Físico

DOR A PALPAÇÃO TERÇO MÉDIO DA PERNA ESQUERDA
SEM DEFICTS

Diagnóstico

RX.: SEM SINAIS DE FX

Tratamento/Conduta

ORIENTO
PRESCREVO ANALGESIA
RETORNO SE NECESSÁRIO

Medico(a): LUCIO RICIERI PEROTTI
CRM: 27706

Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1821/2007, no sistema certificado SBIS-CFM nº 063, por
LUCIO RICIERI PEROTTI, CPF 033383/00913, às 13:30 GMT-03:00 de 13/11/2023.
Estado: Assinatura digital válida

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



Paciente 00525579

Atendimento 04185075

Documento C468-V1882



1 - Registro ANS 5 - Número da Guia Principal
000000 4194461000000

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

279160

9 - Validade da Carteira

23/11/2023

10 - Nome

BERNARDO CARDOZO DA SILVA

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
MARISTELA GOMES GONCALVES

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

10518

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
21 - Cardier Atendim. 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica
2 23/11/2023

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 MARISTELA GOMES GONCALVES

31 - Código CNES
15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)
04 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 - Qlce	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red.Acess	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 23/11/2023	13:50:30	13:50:30	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 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 - 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

EM ANEXO

68 - Assinatura do Contratado

ELANE.

Data/Hora: 23/11/2023 14:19:34

Conta/Lote: 2307938

Atendimento: 4194461

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Bernardo Cardozo da Silva
 Nº da Carteira: 2.79.160
 Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena
 Data de Nascimento: 29/03/2011
 Nº da Guia: 14752

Data da Ocorrência: 23/11/2023
 Horário: 10:40:00
 Local: Sala de Aula
 Atividade: Aula de Ciências

O que aconteceu: Picada de aranha
 Partes do corpo: Cabeça

Descrição: Aluno estava em sala de aula e percebeu que tinha algo em seu cabelo, quando bateu com a mão caiu uma aranha, o mesmo não sabe confirmar se é aranha marrom, mais ele está com dor de cabeça.

Testemunha da ocorrência: Collega
 Telefone: (41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros: Paloma

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

Observações: Aluno foi atendido no Colégio, ficou em observação na sala de apoio, feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital Pequeno Príncipe.

Ass.: 

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camillo

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

Impresso por: Paloma de Azevedo Almeida
 Araújo Camillo

23/11/23

Cláudio Cabral

Bernardo Lody da Silva

Maristela Gomes Gomes
CRM 10518

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbitrado pelo Operadora

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 Item Assistencial Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

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 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPRM (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

Maristela Gomes Gomes
CRM 10518
Pediatria

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 4193444000000
4 - Data da Autorização
5 - Senha

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 27963
9 - Validade da Carteira 22/11/2023
10 - Nome MARIANA ELOIZE SIZANOSKI
11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RH 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 AMANDA JOEKEL KASSEM
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 37106
18 - UF 41
19 - Código CBO 225136
20 - Assinatura do Profissional Solicitante EM ANEXO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim. 2
22 - Data da Solicitação 22/11/2023
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 AMANDA JOEKEL KASSEM
31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 04
33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada 9
34 - Tipo de Consulta 1
35 - Motivo da 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	22/11/2023	14:03:08	14:03:08	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/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 CPME (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

EM ANEXO



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Mariana Eloíze Sizanowski
Nº da Carteira: 2.79.63
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 17/09/2009

Nº da Guia: 14731

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/11/2023	10:40:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma a bola bateu no rosto, e o óculos cortou o nariz.	Rosto

Descrição

Aluna estava na aula de educação física jogando handebol, a colega jogou a bola a mesma foi defender e a bola bateu no rosto, como ela estava usando o óculos acabou cortando o nariz, e por conta da pancada da bola está com dor na região do rosto.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Kátia	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paloma	22/11/2023

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

Aluna foi atendida no Colégio, feito a assepsia no corte e colocado curativo. Feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital Pequeno Príncipe.

Ass.: _____

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RM	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		13 - Código na Operadora	
14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Cartão do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
26 - Descrição		27 - Qtd. Sol.		28 - Qtd. Aut.		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data		37 - Hora 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\$)		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 OPIE (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 Responsável pela Autorização		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

Dr. Amanda J. Kassen
Pediatra
CRM/RJ 37106

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Mariana Eloíze Sizanowski
Nº da Carteira: 2.79.63
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 17/09/2009

Nº da Guia: 14731

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/11/2023	10:40:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma a bola bateu no rosto, e o óculos cortou o nariz.	Rosto

Descrição

Aluna estava na aula de educação física jogando handebol, a colega jogou a bola a mesma foi defender e a bola bateu no rosto, como ela estava usando o óculos acabou cortando o nariz, e por conta da pancada da bola está com dor na região do rosto.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Kátia	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paloma	22/11/2023

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

Aluna foi atendida no Colégio, feito a assepsia no corte e colocado curativo. Feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital Pequeno Príncipe.

Ass.: _____

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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

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

1 - Registro ANS 000000 8 - Número da Guia Principal 4175400000000

4 - Data da Autorização 01/11/2023 5 - Senha 14311 6 - Data Validade da Sanha 21373

Dados do Beneficiário 8 - Nome da Carteira 14311 9 - Validade da Carteira 30/12/2023 10 - Nome VERONICA GERONASSO VIZENTINI 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RH 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 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 - Caracter Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 01/11/2023 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 01/11/2023 37 - Hora Inicial 07:35:12 38 - Hora Final 07:35:12 39 - Tabela 10101039 40 - Procedimento 41 - Descrição Consulta em pronto socorro 42 - Cide 001 43 - Via 1.00 44 - Tec 158.00 45 - Fator Red/Ajusc 158.00 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

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

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

59 - Total Procedimentos (R\$) 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

FRANCIELL. Data/Hora: 01/11/2023 07:36:56 Cont/Lote: 2297613 Atendimento: 4175400 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Dr. André M. Okura CRM-23173

2297613

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Verônica Geronasso Vizentini
Nº da Carteira: 3.7.7310
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 21/02/2013

Nº da Guia: 14311

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/10/2023	16:36:00	Pátio	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Costas

Descrição

A aluna estava se balançando e acabou caindo, onde bateu as costas e acabou arranhando.

Testemunha da ocorrência

Auxiliar Leonice

Telefone

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Christian Benites

Data

31/10/2023

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº Bairro

107 - Agua Verde, Curitiba
0 - PR

Telefone

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

Observações

A aluna foi atendida pelo Coordenador Christian Benites e foi gerada uma guia de atendimento.

Ass.:

Christian Benites

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

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

1 - Registro ANS 000000
9 - Número da Guia Principal 4175143000000

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

3267640

9 - Validade da Carteira

31/10/2023

10 - Nome

ELOISE NARDINO SAMPAIO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

765991569000130

14 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

26551

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

31/10/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

59

30 - Nome do Contratado

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

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

31/10/2023

37 - Hora Inicial 38 - Hora Final

17:24:35 17:24:35

39 - Tabela

10101039

40 - Procedimento

Consulta em pronto socorro

41 - Descrição

10101039

42 - Cite

001

43 - Via

001

44 - Tec

001

45 - Fator Red/Acresc

001

46 - Valor Unitário (R\$)

001

47 - Valor Total (R\$)

001

48 - Valor Unitário (R\$)

001

49 - Valor Total (R\$)

001

50 - Valor Unitário (R\$)

001

51 - Valor Total (R\$)

001

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

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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

1 -

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

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 Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

RITALIMA

Data/Hora: 31/10/2023 17:42:53

Contalote: 2297481

Atendimento: 4175143

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1/ 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Eloise Nardino Samparo
Nº da Carteirinha: 3.26.7640
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM



Data de Nascimento: 27/05/2010

Nº da Guia: 14298

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/10/2023	13:07:00	Atividades esportivas fora de aula	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Tornozelo Esquerdo

Descrição

Durante a partida de futsal a aluna torceu o tornozelo

Testemunha da ocorrência

Telefone

Nayra

(41) 3028-5430

Quem prestou primeiros socorros

Data

Nayra

31/10/2023

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital Novo Mundo Ereli - NÃO
ATENDE TRAUMA DE CABEÇA

Av. República Argentina

465
0

Novo Mundo

(41) 3052-5600

Observações

Foi aplicada compressa com gelo e a aluna foi orientada a procurar atendimento médico caso não conseguisse pisar no chão

Ass.:

Maira Cardoso 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: <http://sistemas.wsl.org.br/maia> (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 4186572000000

1 - Registro ANS 000000
8 - Número da Guia Principal 4186572000000

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 279702
9 - Validade da Carteira 14/11/2023
10 - Nome GISELA MARA DA SILVA
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 SAYURI ADRIANA NAKATANI HIOKI
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 13855
18 - UF 41
19 - Código CBO 225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante EMANEXO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento 2
22 - Data da Solicitação 14/11/2023
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 SAYURI ADRIANA NAKATANI HIOKI
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.Jacresc	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1 14/11/2023	14:39:53	14:39:53	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 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\$) 158.00
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00
61 - Total Materiais (R\$) 0.00
62 - Total de CPME (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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gisela Mara da Silva
Nº da Carteira: 2.79.702
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 04/08/2010

Nº da Guia: 14597

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/11/2023	11:45:00	Pátio	Deslocamento interno

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

Descrição

Aluna estava no pátio e um colega deu uma rasteira nela, a mesma caiu no chão com força, batendo os dois cotovelos, os dois joelhos e a cabeça. Aluna está com tontura, sonolência dor de cabeça e o corpo dolorido.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marilei	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marilei	14/11/2023

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

Aluna foi atendida no Colégio, colocamos ela sentada mantemos acordada, por conta da sonolência e ter batido a cabeça. Feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital Pequeno Príncipe.

Ass.: _____

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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

Alencar 4186572

EMERGENCIA/CONVENIOS

Giselle Alencar de Silva

Conselho

13055



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

2 - N° Guia no Prestador 4181953000000

1 - Registro ANS		5 - Número da Guia Principal	
000000		4181953000000	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
09/11/2023		14486	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
		21439	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
2325833		30/12/2023	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
THIAGO DE OLIVEIRA SEBASTIAO		N	
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	
HELDER DE MOURA VILLELA JUNIOR		6	
17 - Número no Conselho		48557	
18 - UF		41	
19 - Código CBO		225230	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Cardápio Atendimento		22 - Data da Solicitação	
2		09/11/2023	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento	
		26 - Descrição	
		27 - QLSolic.	
		28 - QLAutoriz.	
29 - Código na Operadora			
59			
30 - Nome do Contratado			
HELDER DE MOURA VILLELA JUNIOR			
31 - Código CNES			
15563			
32 - Tipo Atendimento			
83 - 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 - Cite			
43 - Via			
44 - Tec			
45 - Fator Red./Acresc			
46 - Valor Unitário (R\$)			
47 - Valor Total (R\$)			
1 09/11/2023 11:34:52 11:34:52 22 10101039 Consulta em pronto socorro 001 1.00 158.00 158.00			
48 - Seq. Ref.			
49 - Grau Part.			
50 - Código na operadora/CPF			
51 - Nome do Profissional			
52 - Conselho Profissional			
53 - Número no Conselho			
54 - UF			
55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observações / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)			
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)			
61 - Total Materiais (R\$)			
62 - Total de OPME (R\$)			
63 - Total de Medicamentos (R\$)			
64 - Total de Gases Médicinas (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
158.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 158.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
CHRISIAN.			
Data/Hora: 09/11/2023 11:38:42			
Conta/Lote: 2301222			
Atendimento: 4181953			
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			
2301222			
1/1			

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: THIAGO DE OLIVEIRA SEBASTIAO
Data Nasc: 04/12/2017

Nome Mãe: PATRICIA HELEN DE OLIVEIRA SEBASTIAO

Endereço: RUA SEBASTIAO DE OLIVEIRA TORRES

Cidade: CURITIBA

Responsável: PATRICIA HELEN DE OLIVEIRA SEBASTIAO

Nome Pai: WILSON JOSE SEBASTIA

Número: 74

Bairro: CIDADE INDUSTRIAL

Telefone: 998284311

Idade: 5 Anos 11 Meses 5 Dias Sexo: MASCULIN

CNS do Paciente:

Complemento:

CEP: 81170710

Grau de Parentesco: MAE

UF: PR

CODIGO 04181953

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): HELDER DE MOURA VILLELA JUNIOR

CRM: 48557

Data/Hora: 09/11/2023 - 11:34

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Unid. Internação:

Leito:

Matricula: 2325833

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

Na cia da mãe, relata colisão durante jogo de futebol na escola. Nega alterações no nível de consciência, vômitos, convulsão ou qualquer outro sinal neurológico. Interação normalmente. Vacinas atualizadas. Relata epistaxe.

Exame Físico

bag chaaa

ativo e reativo

pes 15

plm

fcc face interna de lábio superior, 1cm, superficial, sem sangramento ativo, sem ferimentos externos

sem epistaxe no momento

Diagnóstico

fcc

Tratamento/Conduta

avaliação pediatria devido a queixa nasal

Oriento sobre cicatrização rápida de mucosas, oriento sobre conduta do serviço de não suturar ferimentos em mucosas sem prejuízo estético/funcional, assim como morbidade da sutura e riscos associados, oriento evolução, pais cientes e concordam com conduta orientações sobre cuidados, sinais de alarme e retorno imediato se necessário

Hélder Villela Júnior
CRM-PR 48557

Medico(a): HELDER DE MOURA VILLELA JUNIOR
CRM: 48557

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Thiago de Oliveira Sebastião

Nº da Carteira: 2.32.5833

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 04/12/2017

Nº da Guia: 14486

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/11/2023	10:33:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Lábios

Descrição

O aluno estava na quadra jogando bola e outro aluno caiu sobre ele, o aluno caiu batendo a boca no chão e cortou o lábio

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Patrícia	(41) 3051-8600

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof. Patrícia	09/11/2023

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 encaminhado ao coordenador disciplinar onde foi feito os primeiros atendimentos.

Ass.:

Leonardo de Assis Rosa

Leonardo de A. Rosa
Coordenador Disciplinar

CNPJ. 76 726 884 / 0055 - 10

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

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

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 4182291000000

4 - Data da Autorização
5 - Senha
6 - Data Validade da Senha
7 - Número da Guia Arbulido pelo Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira 2118032
9 - Validade da Carteira 31/12/2023
10 - Nome SEBASTIAN BRUSAMOLIN MAURER
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 EUSEBIO DA CUNHA MARQUES
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 12875
18 - UF 41
19 - Código CBO 225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

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

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora 59
30 - Nome do Contratado EUSEBIO DA CUNHA MARQUES
31 - Código CNES 15563

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36-Data	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtd	43-Via	44-Tec	45-Fator Red./Acresc	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1 09/11/2023	14:42:52	14:42:52	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 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\$) 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Sebastian Brusamolin Maurer

Nº da Carteira: 2.11.8032

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 11/09/2019

Nº da Guia: 14499

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/11/2023	13:13:00	Sala de Aula	Aula do contraturno

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

O aluno estava correndo em sala de aula, caiu e bateu o lado esquerdo da cabeça, próximo à orelha, na quina do sofá. Apresenta lesão, inchaço e relata dor no local.

Testemunha da ocorrência

Prof. Vanessa

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Prof. Vanessa

Data

09/11/2023

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

Aplicamos gelo no local e informamos a mãe para encaminhamento ao hospital.

CNPJ: 15.726.864/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3057-8640
E-mail: crabrs@educacaoadventista.org.br

Rosemeri Alves da Paixão

Rosemeri Alves da Paixão
Secretária - Ato 06/2019

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

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

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 4199158000000

4 - Data de Autorização 29/11/2023 5 - Semta 14885 6 - Data Validade da Semta

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21550

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 14885 9 - Validade da Carteira 30/12/2023 10 - Nome ARTHUR MOREIRA BONIFACIO 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 MARLI MADALENA PEROZIN 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 5448 18 - UF 41 19 - Código CBO 225124 20 - Assinatura do Profissional Solicitante EM ANEXO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Cartier Alendim. 2 22 - Data da Solicitação 29/11/2023 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 MARLI MADALENA PEROZIN 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 29/11/2023	11:30:49	11:30:49	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 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 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

EM ANEXO

Assinatura do Contratado

ELIANE.

Data/Hora: 29/11/2023 13:08:14

Conta/Lote: 2310535

Atendimento: 4199158

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2310535

Clínica DENTISTA DE CURITIBA

1 - Registro ANS

4 - Data da Autorização

5 - Senha

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Alber Moreira Barboza

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Beneficiário

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

Mari Madalena Perozin

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Mari Madalena Perozin

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Data da Solicitação

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Data da Solicitação

28 - Data da Aut.

29 - Data da Solicitação

30 - Data da Aut.

31 - Data da Solicitação

32 - Data da Aut.

33 - Data da Solicitação

34 - Data da Aut.

35 - Data da Solicitação

36 - Data da Aut.

37 - Data da Solicitação

38 - Data da Aut.

39 - Data da Solicitação

40 - Data da Aut.

41 - Data da Solicitação

42 - Data da Aut.

43 - Data da Solicitação

44 - Data da Aut.

45 - Data da Solicitação

46 - Data da Aut.

47 - Data da Solicitação

48 - Data da Aut.

49 - Data da Solicitação

50 - Data da Aut.

51 - Data da Solicitação

52 - Data da Aut.

53 - Data da Solicitação

54 - Data da Aut.

55 - Data da Solicitação

56 - Data da Aut.

57 - Data da Solicitação

58 - Data da Aut.

59 - Data da Solicitação

60 - Data da Aut.

61 - Data da Solicitação

62 - Data da Aut.

63 - Data da Solicitação

64 - Data da Aut.

65 - Data da Solicitação

66 - Data da Aut.

67 - Data da Solicitação

68 - Data da Aut.

69 - Data da Solicitação

70 - Data da Aut.

71 - Data da Solicitação

72 - Data da Aut.

73 - Data da Solicitação

74 - Data da Aut.

75 - Data da Solicitação

76 - Data da Aut.

77 - Data da Solicitação

78 - Data da Aut.

79 - Data da Solicitação

80 - Data da Aut.

81 - Data da Solicitação

82 - Data da Aut.

83 - Data da Solicitação

84 - Data da Aut.

85 - Data da Solicitação

86 - Data da Aut.

87 - Data da Solicitação

88 - Data da Aut.

89 - Data da Solicitação

90 - Data da Aut.

91 - Data da Solicitação

92 - Data da Aut.

93 - Data da Solicitação

94 - Data da Aut.

95 - Data da Solicitação

96 - Data da Aut.

97 - Data da Solicitação

98 - Data da Aut.

99 - Data da Solicitação

100 - Data da Aut.

101 - Data da Solicitação

102 - Data da Aut.

103 - Data da Solicitação

104 - Data da Aut.

105 - Data da Solicitação

106 - Data da Aut.

107 - Data da Solicitação

108 - Data da Aut.

109 - Data da Solicitação

110 - Data da Aut.

111 - Data da Solicitação

112 - Data da Aut.

113 - Data da Solicitação

114 - Data da Aut.

115 - Data da Solicitação

116 - Data da Aut.

117 - Data da Solicitação

118 - Data da Aut.

119 - Data da Solicitação

120 - Data da Aut.

121 - Data da Solicitação

122 - Data da Aut.

123 - Data da Solicitação

124 - Data da Aut.

125 - Data da Solicitação

126 - Data da Aut.

127 - Data da Solicitação

128 - Data da Aut.

129 - Data da Solicitação

130 - Data da Aut.

131 - Data da Solicitação

132 - Data da Aut.

133 - Data da Solicitação

134 - Data da Aut.

135 - Data da Solicitação

136 - Data da Aut.

137 - Data da Solicitação

138 - Data da Aut.

139 - Data da Solicitação

140 - Data da Aut.

141 - Data da Solicitação

142 - Data da Aut.

143 - Data da Solicitação

144 - Data da Aut.

145 - Data da Solicitação

146 - Data da Aut.

147 - Data da Solicitação

148 - Data da Aut.

149 - Data da Solicitação

150 - Data da Aut.

151 - Data da Solicitação

152 - Data da Aut.

153 - Data da Solicitação

154 - Data da Aut.

155 - Data da Solicitação

156 - Data da Aut.

157 - Data da Solicitação

158 - Data da Aut.

159 - Data da Solicitação

160 - Data da Aut.

161 - Data da Solicitação

162 - Data da Aut.

163 - Data da Solicitação

164 - Data da Aut.

165 - Data da Solicitação

166 - Data da Aut.

167 - Data da Solicitação

168 - Data da Aut.

169 - Data da Solicitação

170 - Data da Aut.

171 - Data da Solicitação

172 - Data da Aut.

173 - Data da Solicitação

174 - Data da Aut.

175 - Data da Solicitação

176 - Data da Aut.

177 - Data da Solicitação

178 - Data da Aut.

179 - Data da Solicitação

180 - Data da Aut.

181 - Data da Solicitação

182 - Data da Aut.

183 - Data da Solicitação

184 - Data da Aut.

185 - Data da Solicitação

186 - Data da Aut.

187 - Data da Solicitação

188 - Data da Aut.

189 - Data da Solicitação

190 - Data da Aut.

191 - Data da Solicitação

192 - Data da Aut.

193 - Data da Solicitação

194 - Data da Aut.

195 - Data da Solicitação

196 - Data da Aut.

197 - Data da Solicitação

198 - Data da Aut.

199 - Data da Solicitação

200 - Data da Aut.

201 - Data da Solicitação

202 - Data da Aut.

203 - Data da Solicitação

204 - Data da Aut.

205 - Data da Solicitação

206 - Data da Aut.

207 - Data da Solicitação

208 - Data da Aut.

209 - Data da Solicitação

210 - Data da Aut.

211 - Data da Solicitação

212 - Data da Aut.

213 - Data da Solicitação

214 - Data da Aut.

215 - Data da Solicitação

216 - Data da Aut.

217 - Data da Solicitação

218 - Data da Aut.

219 - Data da Solicitação

220 - Data da Aut.

221 - Data da Solicitação

222 - Data da Aut.

223 - Data da Solicitação

224 - Data da Aut.

225 - Data da Solicitação

226 - Data da Aut.

227 - Data da Solicitação

228 - Data da Aut.

229 - Data da Solicitação

230 - Data da Aut.

231 - Data da Solicitação

232 - Data da Aut.

233 - Data da Solicitação

234 - Data da Aut.

235 - Data da Solicitação

236 - Data da Aut.

237 - Data da Solicitação

238 - Data da Aut.

239 - Data da Solicitação

240 - Data da Aut.

241 - Data da Solicitação

242 - Data da Aut.

243 - Data da Solicitação

244 - Data da Aut.

245 - Data da Solicitação

246 - Data da Aut.

247 - Data da Solicitação

248 - Data da Aut.

249 - Data da Solicitação

250 - Data da Aut.

251 - Data da Solicitação

252 - Data da Aut.

253 - Data da Solicitação

254 - Data da Aut.

255 - Data da Solicitação

256 - Data da Aut.

257 - Data da Solicitação

258 - Data da Aut.

259 - Data da Solicitação

260 - Data da Aut.

261 - Data da Solicitação

262 - Data da Aut.

263 - Data da Solicitação

264 - Data da Aut.

265 - Data da Solicitação

266 - Data da Aut.

267 - Data da Solicitação

268 - Data da Aut.

269 - Data da Solicitação

270 - Data da Aut.

271 - Data da Solicitação

272 - Data da Aut.

273 - Data da Solicitação

274 - Data da Aut.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Moreira Bonifácio
Nº da Carteira: 2.11.7652
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 04/03/2018

Nº da Guia: 14885

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/11/2023	09:48:00	Jardim	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queimadura (Ex.: fogo, água quente, produtos químicos)	Antebraço Esquerdo

Descrição
Aluno estava no recreio brincando na casa da árvore e encostou o braço na cerca e lá havia um "bicho cabeludo" (taturana)

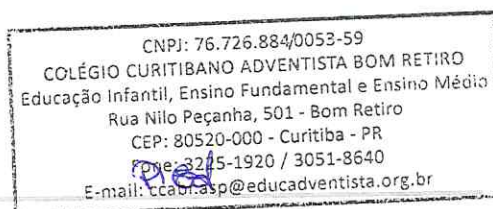
Testemunha da ocorrência	Telefone
Junia	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Junia	29/11/2023

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

Observações
O aluno atendido, não colocaram nada no local, somente lavado com água e sabão. Mãe avisada para encaminhar ao atendimento médico Aluno com edema e vermelhidão no local

Ass.:



Rosemeri Alves da Paixão

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

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

1 - Registro ANS 000000 8 - Número da Guia Principal 4179678000000

4 - Data da Autorização 07/11/2023 5 - Senha 14417 6 - Data Validade da Sanha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21417

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 14417 9 - Validade da Carteira 30/12/2023 10 - Nome EDUARDA FAVARO BARBOSA 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 OXENY W3

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Caracter Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 07/11/2023 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - QLSolic. 28 - QLSolicit.

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 - Cide	43-Via	44-Tec	45- Fator Red./Acresc	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1	07/11/2023	11:40:21	11:40:21	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001				158,00

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

48 - Seq. Ref.	49 - Grau Prof.	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- / /
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

59 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPI/IE (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

LUCAS REIS Data/hora: 07/11/2023 12:04:24 Conta/Lote: 2300040 Atendimento: 4179678 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 2300040 1/1

1 - Registro ANS
3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
5 - Sembr

Dados do Beneficiário
6 - 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 Itens Assistenciais Solicitados
21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Data, Solic.

28 - Data, Aut.

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento
32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red/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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)

61 - Total de 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

09/11/23

Dr. João Fátima Barbosa

Dr. Valdir Antônio Barbosa

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Eduarda Fávaro Barbosa
Nº da Carteirinha: 2.78.1608
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 24/04/2007

Nº da Guia: 14417

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/11/2023	10:23:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Rosto

Descrição

A aluna estava em sala de aula quando bateu a cabeça na quina da parede .

Testemunha da ocorrência

Monitora Vanessa

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Vanessa

Data

07/11/2023

Local de atendimento

Endereço

Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

Nº

Bairro

107
0

Água Verde, Curitiba
- PR

Telefone

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

Observações

A aluna foi atendida pela monitora Vanessa , que colocou gelo no local e foi entrado em contato com a mãe e ambas foram encaminhadas para o hospital de referencia .(bateu a cabeça na quina da parede)

Ass.:


Fábio Bittencourt Machado
Coord. Disciplina

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

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

1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Principal

4197481000000

4 - Data de Autorização

27/11/2023

5 - Senha

14850

6 - Data Validade da Senha

21527

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

27949

9 - Validade da Carteira

30/12/2023

10 - Nome

KAUAN DE ANDRADE DE LIMA SILVA

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

MARINA CARDOSO COSTA

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

40983

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

EM ANEXO

21 - Cartão Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

27/11/2023

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

MARINA CARDOSO COSTA

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 27/11/2023

37 - Hora Inicial/3h-Hora Final

20:12:46 20:12:46

38 - Tabela

22

40 - Procedimento

10101039

41 - Descrição

Consulta em pronto socorro

42 - Cide

001

43 - Via

307.

44 - Tec

205.40

45 - Fator Red/Acresc

307.

46 - Valor Unitário (R\$)

205.40

47 - Valor Total (R\$)

205.40

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

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

1- / /

2- / /

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

3- / /

4- / /

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 Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

EM ANEXO

68 - Assinatura do Contratado

205.40

JOSIANE.

Data/Hora: 28/11/2023 00:19:56

Contato: 2309682

Atendimento: 4197481

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2309682



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Kauan de Andrade de Lima Silva

Nº da Carteira: 2 79 49

Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 20/08/2009

Nº da Guia: 14850

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/11/2023	18:35:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Dor forte no peito

Partes do corpo

Torax, Cotovelo Esquerdo

Descrição

Aluno estava em aula extra curricular de futsal quando sentiu uma dor forte no peito e formigamento no cotovelo, e pediu para sair do jogo. Está com dificuldade para respirar, suando frio, dor no peito. Aluno relatou que não sentiu isso no decorrer do dia.

Testemunha da ocorrência

Professora Katia

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Fabricio

Data

27/11/2023

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

Observações

Aluno foi atendido no Colégio, ficou em observação na sala de apoio, feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital Pequeno Príncipe.

Ass.: _____

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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

Clínica Advirta

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

2. Nº 224 do Pregão
SEIOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro AIMS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

Dados do Beneficiário

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Item Assistencial Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executor

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - V/a

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)

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

EMERGENCIA/CONVENIO

1 - Registro AIMS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

Dados do Beneficiário

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Item Assistencial Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executor

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - V/a

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)

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

11

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Isadora Simon Costa
Nº da Carteirinha: 2.78.1274
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 22/10/2010

Nº da Guia: 14574

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/11/2023	16:35:00	Quaura	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Olho Direito, Rosto

Descrição

Aluna estava em aula de educação física e levou uma bolada no rosto, houve sangramento do nariz.

Testemunha da ocorrência

Prof Paloma

Telefone

(41) 3097-7450

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

Aluna foi atendida na coordenação disciplinar, foi comunicado ao responsável e orientado a encaminhar no hospital de referencia.

Ass.:

Surion Velloso

PI

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 (não credenciados) com os seguintes dados:

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

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

2 - Nº Guia no Prestador **4200711000000**

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 4200711000000	
4 - Data de Autorização 30/11/2023		5 - Senha 14924	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 21560	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 2791634	
9 - Validade da Carteira 31/12/2023		10 - Nome JULIA SANTOS DE ABREU	
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 EMERSON FARIA BORGES		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 48064		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante 	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caráter Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 30/11/2023	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento		26 - Descrição	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 59		30 - Nome do Contratado EMERSON FARIA BORGES	
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 30/11/2023	37 - Hora Inicial 20:32:52	38 - Hora Final 20:32:52	39 - Tabela 22
40 - Procedimento 10101039		41 - Descrição Consulta em pronto socorro	
42 - Cide 001		43 - Via 301.	
44 - Tec 20540		45 - Fator Real/Accresc 20540	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operador/CPF	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
1- / /	2- / /	3- / /	4- / /
5- / /	6- / /	7- / /	8- / /
9- / /	10- / /		
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\$) 20540	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 			

PRISCILA.

Data/Hora: 01/12/2023 03:08:06

Contê/Lote: 2311368

Atendimento: 4200711

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2311368

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Julia Santos de Abreu
Nº da Carteira: 2.79.1634
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 13/11/2012

Nº da Guia: 14924

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/11/2023	15:33:00	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

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

Descrição

Aluna estava sentada no chão assistindo o jogo, quando um dos jogadores foi pegar a bola para não sair do campo, e como ele veio correndo, o mesmo não conseguiu segurar e caiu em cima dela, mais precisamente na cabeça. A mesma bateu muito forte a cabeça na parede, e está com um hematoma próximo a Bochecha. No momento do ocorrido aluna ficou com falta de ar, e ainda está com dor de cabeça.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Paloma	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paloma	30/11/2023

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

Aluna foi atendida no Colégio com gelo no rosto e ficou em observação na sala de apoio. Feito contato com os pais e encaminhamento para o Hospital Pequeno Príncipe.

Ass.: 

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

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

1 - Registro ANS

000000

5 - Número da Guia Principal

4197196000000

4 - Data da Autorização

27/11/2023

5 - Senha

14820

6 - Data Validade da Senha

14820

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

3357207

9 - Validade da Carteira

31/12/2023

10 - Nome

ISAAC MARTINS DE CARVALHO

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

LUCIO RICIERI PEROTTI

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

27706

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Lucio Ricieri Perotti

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

27/11/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

59

30 - Nome do Contratado

LUCIO RICIERI PEROTTI

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 da Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

27/11/2023

37 - Hora Inicial/38 - Hora Final

13:47:16 13:47:16

39 - Tabela

22

40 - Procedimento

10101039

41 - Descrição

Consulta em pronto socorro

42 - Cida

001

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red./Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

156.00

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 - / /

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\$)

156.00

26 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Isaac Martins de Carvalho

68 - Assinatura do Contratado

Dr. Lucio Ricieri Perotti

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Isaac Martins de Carvalho
Nº da Carteira: 3.357.207
Instituição: Escola Adventista Colombo
Data de Nascimento: 21/09/2015

Nº da Guia: 14820

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/11/2023	11:26:00	Sala de Aula	Na troca de aula de Ed. Física

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Antebraço Esquerdo

Descrição

Dentro de sala de aula, logo após ter terminado a aula de Ed. Física, um colega chutou a cadeira e bateu no braço do Isaac.

Testemunha da ocorrência

Prof.ª Thamyres

Telefone

(41) 3028-5450

Quem prestou primeiros socorros

Andressa

Data

27/11/2023

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

Foi aplicado gelo no local.

76.726.884/0136-10

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO

AV. SANTA TEREZINHA, Nº 39
SANTA TEREZINHA - CEP 83.408-740
COLOMBO - PARANÁ

Rael Braz

Rael Braz

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

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

1 - Registro ANS 000000 5 - Número da Guia Principal 4188319000000

4 - Data da Autorização 16/11/2023 5 - Senha 14638 6 - Data Validade da Senha 14638

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 368640 9 - Validade da Carteira 31/12/2023 10 - Nome JULIA NEGRAO PONTES 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 - Cartão Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 16/11/2023 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 16/11/2023 37 - Hora Inicial 17:04:53 38 - Hora Final 17:04:53 39 - Tabela 10101039 40 - Procedimento Consulta em pronto socorro 41 - Descrição 09101924 - Ausculto 42 - Cite 001 43 - Via 09 44 - Tec 01 45 - Fator Red.Acresc 01 46 - Valor Unitário (R\$) 558,00 47 - Valor Total (R\$) 95,65

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 Anúgios (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 NATALIA DELLA MOTTA CRM-PR 48.130

ANTONIO. Data/Hora: 16/11/2023 17:05:20

Conta/Lote: 2304754

Atendimento: 4188319

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2304754



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Júlia Negrão Pontes
Nº da Carteirinha: 3.6.8640
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 18/09/2014

Nº da Guia: 14638

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/11/2023	15:06:00	banheiro	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Rosto, Cabeça

Descrição

Aluna estava em aula de Ed. Física, junto aos outros alunos e com o professor Lucas, quando saiu para ir ao banheiro junto a sua amiga, que sem querer bateu com a porta em seu rosto, atingindo a região da sobrancelha esquerda, causando um pequeno corte.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Professor Lucas

(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros

Data

Monitora Janaina

16/11/2023

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

Aluna encaminhada até a enfermaria pelo professor Lucas, onde foi estancado o sangramento com soro, realizado curativo no local, avisado os responsáveis.

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

DADOS DO PACIENTE:

Nome Paciente: JULIA NEGRAO PONTES
Data Nasc: 18/09/2014
Nome Mãe: PATRICIA NEGRAO DA CRUZ
Endereço: RUA JOSE BAJERSKI
Cidade: CURITIBA
Responsável: PATRICIA NEGRAO DA CRUZ

Nome Pai: ERICK ALEXANDRE SILVA
Número: 790
Bairro: ABRANCHES
Telefone: 987956658

Idade: 9 Anos 1 Mês 29 Dias Sexo: FEMININO
CNS do Paciente:
Complemento:
CEP: 82220320 UF: PR
Grau de Parentesco: MAE

CODIGO 04188319

DADOS DO ATENDIMENTO

Médico(a): NATALIA SASAKI DELLA MOTTA
Data/Hora: 16/11/2023 - 17:04
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

CRM: 48130
Plano: EMPRESARIAL

Unid. Internação:
Leito:
Matrícula: 368640

Anamnese**História da Doença Atual (HDA)****CIPE**

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE APÓS TER SIDO ATINGIDA POR ANTEPARO EM ESCOLA HÁ CERCA DE DUAS HORAS. NEGA TCE, SINAIS NEUROLÓGICOS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS. VACINAS ATUALIZADAS.

Exame Físico

BEG, ALERTA, ATIVA E REATIVA, NORMOCORADA, HIDRATADA, EUPNEICA
LESÃO CORTOCONTUSA EM SUPERCILIO ESQUERDO DE 1,5 CM

Diagnóstico

FCC

Tratamento/Conduta

LIMPEZA E COLA CIRÚRGICA
ORIENTAÇÕES GERAIS, DE CUIDADOS, DE SINAIS DE ALARME E DE RETORNO IMEDIATO SE PIORA OU DÚVIDA

Médico(a): NATALIA SASAKI DELLA MOTTA
CRM: 48130

Natalia S. Della Motta
CRM-PR 48.130

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 4184980000000

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

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14555

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2377375 9 - Validade da Carteira 30/12/2023 10 - Nome YURI FELSKY RIBEIRO DA ROSA 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 DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 45979 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 13/11/2023 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Ql. Solic.

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora 59 30 - Nome do Contratado DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA 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 13/11/2023	11:20:40	11:20:40	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 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 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

CHRISIAN. Data/Hora: 13/11/2023 11:22:25

Controle: 2302981

Atendimento: 4184980

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2302981

1/1



Diego Pita CRM-PR 45.979



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Yuri Felsky Ribeiro da Rosa
Nº da Carteirinha: 2.37.7375
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 10/01/2013

Nº da Guia: 14555

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/11/2023	09:40:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição
O aluno escorregou e acabou batendo com a cabeça no pé da mesa do aluno.

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
O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, informamos ao responsável e encaminhamos ambos para o hospital de referencia.

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

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: YURI FELSKY RIBEIRO DA ROSA
Data Nasc: 10/01/2013
Nome Mãe: PRISCILA RIBEIRO
Endereço: RUA HELENA MOSCIBROSKI BORGES
Cidade: CURITIBA
Responsável: PRISCILA RIBEIRO

Nome Pai: VALDIR ANTONIO DA RO
Número: 78
Bairro: CAPAO DA IMBUIA
Telefone: 30958903

Idade: 10 Anos 10 Meses 3 Dias Sexo: MASCULIN
CNS do Paciente:
Complemento:
CEP: 82810140 UF: PR
Grau de Parentesco: MAE

CODIGO 04184980

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA
Data/Hora: 13/11/2023 - 11:20
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

CRM: 45979
Plano: EMPRESARIAL

Unid. Internação:
Leito:
Matrícula: 2377375

Anamnese**História da Doença Atual (HDA)**

CIPE - PLANTÃO DIURNO

PACIENTE ACOMPANHADO DO PAI COM QUEIXA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA COM TRAUMA NO PÉ DA CADEIRA HÁ CERCA DE UMA HORA. NEGA TCE, SINAIS NEUROLÓGICOS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS. VACINAS ATUALIZADAS.

Exame Físico

BEG, ALERTA, ATIVO E REATIVO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EUPNEICO
LESÃO CORTOCONTUSA EM FRONTE LATERAL DIREITA

Diagnóstico

T00.0

Tratamento/Condução

LIMPEZA, SUTURA COM COLA CIRÚRGICA E CURATIVO
ORIENTAÇÕES GERAIS, DE CUIDADOS, DE SINAIS DE ALARME E DE RETORNO SE PIORA OU DÚVIDA

Medico(a): DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA
CRM: 45979

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal
4184837000000

4 - Data de Autorização

5 - Semia

6 - Data Validade da Semia

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
14553

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3268629

9 - Validade da Carteira
30/12/2023

10 - Nome
GABRIEL GAERTNER DE MORAES

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
DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
45979

18 - UF
41

19 - Código CBO
225230

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Diego Pita

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim.
2

22 - Data da Solicitação
13/11/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

JUSTIFICAR EM CONTA HOSPITALAR
Data: 13/11/2023
CENTRAL DE GUIAS

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
59

30 - Nome do Contratado
DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA

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
13/11/2023

37 - Hora Inicial
09:59:12

38 - Hora Final
09:59:12

39 - Tabela
10101039

40 - Descrição
Consulta em pronto socorro

41 - Data
13/11/2023

42 - Cidade
01

43 - Via
01

44 - Tec
01

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
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 OPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

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

65 - Total Geral (R\$)
158.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

CHRISIAN.

Data/Hora: 13/11/2023 10:00:11

Conta/Lote: 2302890

Atendimento: 4184837

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2302890



Diego Pita
CRM-PR 45979

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Gaertner de Moraes
Nº da Carteira: 3.26.8629
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM



Data de Nascimento: 05/06/2009

Nº da Guia: 14553

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/11/2023	08:00:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

Durante a aula de educação física o aluno bateu a cabeça contra o corpo do colega. Houve corte com sangramento. Recebeu primeiro atendimento e gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Carlos	(41) 3028-5430
Carlos	(41) 3028-5430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Carlos	13/11/2023

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

Durante a aula de educação física o aluno bateu a cabeça contra o corpo do colega. Houve corte com sangramento. Recebeu primeiro atendimento e gelo no local.

Djalma Lucio Antunes
Coordenador Disciplinar

Ass.:

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 (não credenciados) com os seguintes dados:

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

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: GABRIEL GAERTNER DE MORAES

Data Nasc: 05/06/2009

Nome Mãe: FABIANA GAERTNER BUENO DOS SANTOS

Endereço: RUA MURILO DO AMARAL FERREIRA

Cidade: CURITIBA

Responsável: FABIANA GAERTNER BUENO DOS SANTOS

Nome Pai: VALMIR FLORIANO DE M

Número: 458

Bairro: AGUA VERDE

Telefone: 32065067

Idade: 14 Anos 5 Meses 8 Dias Sexo: MASCULIN

CNS do Paciente:

Complemento: AP 204

CEP: 80620120

Grau de Parentesco: MAE

UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA

CRM: 45979

Data/Hora: 13/11/2023 - 09:59

Plano: EMPRESARIAL

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Unid. Internação:

Leito:

Matrícula: 3268629

CODIGO 04184837

Anamnese**História da Doença Atual (HDA)**

CIPE - PLANTÃO DIURNO

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE COM QUEIXA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA COM TRAUMA SOB ANTEPARO FIXO HÁ CERCA DE UMA HORA. NEGA TCE, SINAIS NEUROLÓGICOS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS. VACINAS ATUALIZADAS.

Exame Físico

BEG, ALERTA, ATIVO E REATIVO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EUPNEICO
LESÃO CORTOCONTUSA EM FRONTE LATERAL ESQUERDA 1 CM

Diagnóstico

T00.0

Tratamento/Conduta

LIMPEZA, SUTURA COM COLA CIRÚRGICA E CURATIVO
ORIENTAÇÕES GERAIS, DE CUIDADOS, DE SINAIS DE ALARME E DE RETORNO SE PIORA OU DÚVIDA

Medico(a): DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA

CRM: 45979

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

2 - Nº Guia no Prestador 4195491000000

1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Principal

4195491000000

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2801124

9 - Validade da Carteira

24/11/2023

10 - Nome

SARAH DOIN LUPACK

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

VICTOR HUGO MARIANO RAMOS

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

25919

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

24/11/2023

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

VICTOR HUGO MARIANO RAMOS

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

24/11/2023

37 - Hora Inicial

14:54:17

38 - Hora Final

14:54:17

39 - Tabela

10101039

40 - Procedimento

Consulta em pronto socorro

41 - Descrição

42 - Qlde

001

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Redu. Ac. B.

46 - Valor Redu. Ac. B.

47 - Valor Total (R\$)

558,46

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

CONSELHO EM CONTA HOSPTALAR

53 - UF

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

1 - / /

2 - / /

3 - / /

4 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

57 - Observações / Justificativa

58 - Total Procedimentos (R\$)

59 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

60 - Total Materiais (R\$)

61 - Total de Medicamentos (R\$)

62 - Total do Casos Medicinais (R\$)

63 - Total Geral (R\$)

64 - Assinatura do Contratado

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

CLAUDIA.

Data/Hora: 24/11/2023 18:18:39

Conta/Lote: 2308468

Atendimento: 4195491

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2308468



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sarah Doin Lupack

Nº da Carteirinha: 2.80.1124

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 05/04/2011

Nº da Guia: 14784



Data da Ocorrência 24/11/2023
Horário 11:13:00
Local Quadra

Atividade
Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

1º Dedo Pé Esquerdo

Descrição

Bateu o dedo na trave do gol

Testemunha da ocorrência

Professora

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Monitora

Data

24/11/2023

Local de atendimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

Atendimento no próprio
estabelecimento

Observações

gelo no local

Ass.:

Ederson J. Mattos
Coordenador Disciplinar
Ederson Jorge Mattos

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: SARAH DOIN LUPACK
Data Nasc: 05/04/2011
Nome Mãe: GISLAINE APARECIDA DOIN
Endereço: BORTOLO PELANDA
Cidade: CURITIBA
Responsável: JOAO MARCELO LUPACK

Nome Pai: JOAO MARCELO LUPACK
Número: 1700
Bairro: SANTO INACIO
Telefone: 41 32726920

Idade: 12 Anos 7 Meses 19 Dias Sexo: FEMININO
CNS do Paciente:
Complemento:
CEP: UF: PR
Grau de Parentesco: PAI

CODIGO 04195491

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): VICTOR HUGO MARIANO RAMOS
Data/Hora: 24/11/2023 - 14:54
Convênio: CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

CRM: 25919
Plano: EMPRESARIAL

Unid. Internação:
Leito:
Matrícula: 2.80.1124

Anamnese**História da Doença Atual (HDA)**

SARAH, 12 ANOS
ACOMPANHADA PELO PAI

RELATA TRAUMA DIRETO EM TRAVE DE FUTEBOL HOJE
RELATA DOR LOCAL

Exame Físico

EDEMA E EQUIMOSE EM 1 PDE
DOR A PALPAÇÃO DE FALANGE PROXIMAL DO HALUX ESQUERDO
SEM DOR NAS DEMAIS REGIÕES

RX COM FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO HALUX

Diagnóstico

FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO HALUX

Tratamento/Conduta

ESPARADRAPAGEM
ORINTO CUIDADOS
RETORNO EM 15 DIAS, SE NECESSÁRIO

Medico(a): VICTOR HUGO MARIANO RAMOS
CRM: 25919

Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1821/2007, no sistema certificado SBIS-CFM nº 063, por
VICTOR HUGO MARIANO RAMOS, CPF 04650434863, às 17:38 GMT-03:00 de 24/11/2023.
Estado: Assinatura digital válida

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



Documento C468-V1882





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

2 - Nº Guia no Prestador 4183481000000

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validada da Semha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
000000	4183481000000		14539
4 - Data da Autorização	5 - Semha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome
		31/12/2023	DAVI SCHIBELBAINS GANS
8 - Número da Carteira	278127		11 - Cartão Nacional de Saúde
			N
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho
76591569000130	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	6	23173
15 - Nome do Profissional Solicitante	21 - Caracter Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
ANDRE MARCELO OKURA	2	10/11/2023	
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	ANDRE MARCELO OKURA	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
1 10/11/2023	17:22:38 17:22:38	22	10101039
		41 - Descrição	42 - QIde
		Consulta em pronto socorro	001
		43 - Valor	44 - Valor
		158,00	158,00
		45 - Valor Red.Acrece	46 - Valor Unifund (R\$)
		1,00	158,00
		47 - Valor Total (R\$)	
		92,65	
		57,38	
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 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
59 - Total Procedimentos (R\$)			
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)			
61 - Total Materiais (R\$)			
62 - Total de OPRME (R\$)			
63 - Total de Medicamentos (R\$)			
64 - Total de Gastos Médicinas (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Contratado			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			
69 - Assinatura do Contratado			
70 - Assinatura do Contratado			
71 - Assinatura do Contratado			
72 - Assinatura do Contratado			
73 - Assinatura do Contratado			
74 - Assinatura do Contratado			
75 - Assinatura do Contratado			
76 - Assinatura do Contratado			
77 - Assinatura do Contratado			
78 - Assinatura do Contratado			
79 - Assinatura do Contratado			
80 - Assinatura do Contratado			
81 - Assinatura do Contratado			
82 - Assinatura do Contratado			
83 - Assinatura do Contratado			
84 - Assinatura do Contratado			
85 - Assinatura do Contratado			
86 - Assinatura do Contratado			
87 - Assinatura do Contratado			
88 - Assinatura do Contratado			
89 - Assinatura do Contratado			
90 - Assinatura do Contratado			
91 - Assinatura do Contratado			
92 - Assinatura do Contratado			
93 - Assinatura do Contratado			
94 - Assinatura do Contratado			
95 - Assinatura do Contratado			
96 - Assinatura do Contratado			
97 - Assinatura do Contratado			
98 - Assinatura do Contratado			
99 - Assinatura do Contratado			
100 - Assinatura do Contratado			

JUSTIFICAR EM CONTRA HOSPITALAR
Data 10/11/2023
CENTRO DE GUIAS

Dr. André Marcelo Okura
Médico
CRM 10101039



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Schibelbain Gans
Nº da Carteira: 2.78.127
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 06/01/2015

Nº da Guia: 14539

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/11/2023	14:52:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Perna Esquerda

Descrição

Ele estava brincando no intervalo, caiu e bateu a perna na mesa do pátio de refeição.

Testemunha da ocorrência

Monitor Thomaz

Telefone

(41) 3097-7450

Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Observações

O aluno foi atendido por um monitor e prestado os primeiros atendimentos.

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 (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: Fabio Bittencourt Machado

1 de 1

10/11/2023 15:56

DADOS DO PACIENTE

CODIGO 00279726

Nome Paciente: DAVI SCHIBELBAINS GANS

Data Nasc: 06/01/2015

Nome Mãe: EVELYN BUGNO SCHIBELBAIN GANS

Endereço: RUA QUINZE DE NOVEMBRO DE 1 A 322

Cidade: PINHAIS

Responsável: EVELYN BUGNO SCHIBELBAIN GANS

Nome Pai: JHONNY ROGER MARUGAL

Número: 211

Bairro: CENTRO

Telefone: 995139595

Idade: 8 Anos 10 Meses 4 Dias Sexo: MASCULIN

CNS do Paciente:

Complemento:

CEP: 83323250

Grau de Parentesco: MAE

UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

CODIGO 04183481

Medico(a): ANDRE MARCELO OKURA

CRM: 23173

Data/Hora: 10/11/2023 - 17:22

Plano: EMPRESARIAL

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Unid. Internação:

Leito:

Matrícula: 278127

Anamnese**História da Doença Atual (HDA)**

QPA HOJE

TRAUMA DE PERNA ESQ

REFERE DOR LOCAL

S/ DEMAIS QUEIXAS

NEGA ALERGIAS

Exame Físico

FCC EM TERÇO PROXIMAL DE FACE ANTERIOR DE PERNA ESQ

DOR A PALPAÇÃO LOCAL

ADM JOELHO ESQ LIVRE E INDOLOR

NV+

RX S/ EVIDENCIAS DE FRATURAS

Diagnóstico

FCC PERNA ESQ

Tratamento/CondutaREALIZO SUTURA *com fio mononylon 3.0*

ORIENTO TROCA DE CURATIVO

PRESCREVO ATB + ANALGESIA

ORIENTO CUIDADOS

RETORNO DIA 21/11

RETORNO IMEDIATO SE SINAIS DE ALARME

Medico(a): ANDRE MARCELO OKURA

CRM: 23173

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

ANDRE MARCELO OKURA, CPF 03001470809, às 18:37 GMT-03:00 de 10/11/2023.

Estado: Assinatura digital válida

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



Paciente 00279726

Atendimento 04183481

Documento C468-V1882



Data impressão: 10/11/2023

Página: 1