



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

RPS nº. 552613, Série: U, emitido em 12/03/2024, conversão em 12/03/2024

Número da Nota
532290
Data e Hora de Emissão
12/03/2024 00:00:00
Código de Verificação
XORMK30G

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICO HOSPITALAR | PIS (%) 0,00 R\$ 0,00 | COFINS (%)
0,00 R\$ 0,00 COMEPP REMESSA 56330

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 947,69

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$947,69

Código da Atividade

Q.86.1.0-1/01-00 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito p/ Abatimento do IPTU
0,00	947,69	0,00	0,00	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

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



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

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

Fatura nº 056330/2024
Convênio 304 INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Faturas por paciente

Item Paciente	Matricula	Data e Hora de Entrada	Médico	Atendimento	Guia	Protocolo	Nota Fiscal	RPS	Vencimento	Produção	Tx Disponib.	Total
0002 ARTHUR ALVES CAMPOS	2337301	01/03/2024 13:00:00	31608 JOAO CAETANO BISHOP BRITO	4.267.076	15613	10101039 Consulta Em Pronto Socorro			22/04/2024			
Total do Paciente										158,00	56,01	214,01
Total do Paciente										158,00	56,01	214,01
0001 JULIA CRISTINE VERAS DO NASCIMENTO	2781593	01/03/2024 10:20:00	48004 YASMIM DE FREITAS VILACA DECARIS	4.266.848	15395	10101039 Consulta Em Pronto Socorro				158,00	56,01	214,01
Total do Paciente										158,00	56,01	214,01
0003 NICOLY RAFAELA MARIA DE SOUZA CO	278358	23/02/2024 13:14:00	44830 ELIS NOVOCHADLO KLUPPEL	4.260.360	15443	10101039 Consulta Em Pronto Socorro				158,00	56,01	214,01
Total do Paciente										158,00	56,01	214,01
0004 RAFAELA BELICE	279706	19/02/2024 11:11:00	40994 LUCAS KOJI MATSUZAKI	4.255.939	15295	10101039 Consulta Em Pronto Socorro				158,00	56,01	214,01
Total do Paciente										158,00	56,01	214,01
0005						30101794 Sutura De Pequenos Ferimentos Com Ou Sem Desbridamento				91,65		91,65
Total da Fatura (Valor+Taxa):56330/2024										723,65	224,04	947,69

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

2. Nº de Matrícula

SETOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Sentença

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

6 - Data de Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído para Operação

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

Dr.ª Yasmin A. Recatti
Pessoa Física
CPF: 000.000.000-00

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Serviços Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

91 -

92 -

93 -

94 -

95 -

96 -

97 -

98 -

99 -

100 -

101 -

102 -

103 -

104 -

105 -

106 -

107 -

108 -

109 -

110 -

111 -

112 -

113 -

114 -

115 -

116 -

117 -

118 -

119 -

120 -

121 -

122 -

123 -

124 -

125 -

126 -

127 -

128 -

129 -

130 -

131 -

132 -

133 -

134 -

135 -

136 -

137 -

138 -

139 -

140 -

141 -

142 -

143 -

144 -

145 -

146 -

147 -

148 -

149 -

150 -

151 -

152 -

153 -

154 -

155 -

156 -

157 -

158 -

159 -

160 -

161 -

162 -

163 -

164 -

165 -

166 -

167 -

168 -

169 -

170 -

171 -

172 -

173 -

174 -

175 -

176 -

177 -

178 -

179 -

180 -

181 -

182 -

183 -

184 -

185 -

186 -

187 -

188 -

189 -

190 -

191 -

192 -

193 -

194 -

195 -

196 -

197 -

198 -

199 -

200 -

201 -

202 -

203 -

204 -

205 -

206 -

207 -

208 -

209 -

210 -

211 -

212 -

213 -

214 -

215 -

216 -

217 -

218 -

219 -

220 -

221 -

222 -

223 -

224 -

225 -

226 -

227 -

228 -

229 -

230 -

231 -

232 -

233 -

234 -

235 -

236 -

237 -

238 -

239 -

240 -

241 -

242 -

243 -

244 -

245 -

246 -

247 -

248 -

249 -

250 -

251 -

252 -

253 -

254 -

255 -

256 -

257 -

258 -

259 -

260 -

261 -

262 -

263 -

264 -

265 -

266 -

267 -

268 -

269 -

270 -

271 -

272 -

273 -

274 -

275 -

276 -

277 -

278 -

279 -

280 -

281 -

282 -

283 -

284 -

285 -

286 -

287 -

288 -

289 -

290 -

291 -

292 -

293 -

294 -

295 -

296 -

297 -

298 -

299 -

300 -

301 -

302 -

303 -

304 -

305 -

306 -

307 -

308 -

309 -

310 -

311 -

312 -

313 -

314 -

315 -

316 -

317 -

318 -

319 -

320 -

321 -

322 -

323 -

324 -

325 -

326 -

327 -

328 -

329 -

330 -

331 -

332 -

333 -

334 -

335 -

336 -

337 -

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO	
Aluno: Júlia Cristine Veras do Nascimento	
Nº da Carteira: 2.78.1593	
Instituição: Colégio Adventista Pinhais	
Data de Nascimento: 26/02/2008	
Nº da Guia: 15595	
	

Data da Ocorrência	01/03/2024
Horário	09:23:00
Local	Ginásio
Atividade	Aula de educação física

O que aconteceu	
Partes do corpo	Glúteos, Posterior da Coxa Esquerda
Queda de mesmo nível	

Descrição	
A aluna estava em aula de educação física.	

Testemunha da ocorrência	
Monitora Carmem	
Telefone	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	
Monitora Vanessa	
Data	01/03/2024

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

Observações	
A aluna foi atendida pela monitor que passou gelou no local, foi entrado em contato com os pais e ambos foram encaminhados para o hospital de referência.	

Ass.:

Fabio Bittencourt Machado

Impresso por: Fabio Bittencourt Machado	
1 de 1	
1/03/2024 09:23	

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: assistencia medica@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
assistencia medica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000 5 - Número da Guia Principal 4267076000000

4 - Data da Autorização 01/03/2024 5 - Senha 15613 6 - Data Validade da Senha

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 2337301 9 - Validade da Carteira 31/12/2024 10 - Nome ARTHUR ALVES CAMPOS 11 - Cartão Nacional de Saúde 15613 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 JOAO CAETANO BISHOP BRITO 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 31608 18 - UF 41 19 - Código CBO 225124 20 - Assinatura do Profissional Solicitante EMANEXO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Cartão Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 01/03/2024 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 JOAO CAETANO BISHOP BRITO 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 Real./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 01/03/2024	13:00:41	13:00:41	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001		1.00		125.36	175.36

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 OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
175.36	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	475.36

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

ELIANE. Data/Hora: 01/03/2024 13:56:51 Conta/Lote: 2349554 Atendimento: 4267076 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2349554

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbitrado pelo Operador

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

Dados do Beneficiário

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Items Assistenciais Solicitados

21 - Carteira 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(a) Profissional(a) Executante(a)

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 - Assinatura do Médico

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Médico Responsável

CRM - PR 31808

Pediatra - RQE 31014

Médico da Família - RQE 31015

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Alves Campos
Nº da Carteira: 2.33.7301
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM



Data de Nascimento: 13/03/2009

Nº da Guia: 15613

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/03/2024	10:47:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Rosto, Cabeça

Descrição

O aluno estava correndo e se chocou com o colega.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Professor Ivanildo

(41) 3018-7001

Quem prestou primeiros socorros

Data

Mari

01/03/2024

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 sala de apoio, bateu o nariz e a testa, foi feito compressa de gelo no local.

Ass.: 

Daniele Novaes Torino

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 4260360000000

1 - Registro ANS	5 - Número da Guia Principal
000000	4260360000000
4 - Data da Autorização	5 - Série
23/02/2024	15443

6 - Data Validade da Série	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
	21648

Dados do Beneficiário	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
8 - Número da Carteira	278358	31/03/2024	NICOLY RAFAELA MARIA DE SOUZA CO	N

Dados do Solicitante	13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
	76591569000130	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. PAUL CARNEIRO	ELIS NOVOCHADLO KLUPPEL	6	44830	41	225124	EMANEXO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados	21 - Caráter Atendim.	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Cl. Solic.	28 - Cl. Autoriz.
	2	23/02/2024						

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CINES
	59	ELIS NOVOCHADLO KLUPPEL	15563

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Cite	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
	1	23/02/2024	13:14:49	13:14:49	22	10101039	Consulta em pronto socorro				1.00	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	58 - Observações / Justificativa
1- / /	3- / /	
2- / /	4- / /	
	5- / /	
	6- / /	
	7- / /	
	8- / /	
	9- / /	
	10- / /	

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 Gastos Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
175.36	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	158.00

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

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Beneficiário

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura de Profissional Solicitante

Elis N. M. Medeiros
CRM 174280

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

Atendimentos médicos

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 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Rec.

45 - Fator Red.Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

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

Michele

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nicolay Rafaela Maria de Souza Costa
 Nº da Carteira: 2.78.358
 Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 10/05/2011

Nº da Guia: 15443

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/02/2024	11:10:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo	Cabeça
Queda de mesmo nível		

Descrição
A aluna estava em aula de educação física.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Orientadora Marlayne	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Orientadora Marlayne	23/02/2024

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

Observações
A aluna estava em aula de educação física quando caiu e bateu a cabeça perdendo a memória recente, foi entrado em contato com os pais, ambos foram encaminhados para o hospital de referência.

Ass.:

Fabio 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: assistencia medica@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
assistencia medica@clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 4255939000000

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 4255939000000

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira 31/03/2024

10 - Nome RAFAELA BELICE

11 - Cartão Nacional da Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

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

15 - Nome do Profissional Solicitante LUCAS KOJI MATSUZAKI

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 40994

18 - UF 41

19 - Código CBO 225230

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter Atendim. 2

22 - Data da Solicitação 19/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

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

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59

30 - Nome do Contratado LUCAS KOJI MATSUZAKI

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 19/02/2024

37 - Hora Inicial 11:11:12

38 - Hora Final 11:11:12

39 - Tabela 22

40 - Procedimento 10101039

41 - Descrição Consulta em pronto socorro

42 - Cide 001

43 - Via

44 - Toc

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- / / 10- / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

SIMONE BUENO Data/Hora: 19/02/2024 11:38:44

Conta/Lote: 2343537

Atendimento: 4255939

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2343537

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rafaela Belice
Nº da Carteira: 2.79.706
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 27/12/2009

Nº da Guia: 15295

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/02/2024	09:50:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Olho Esquerdo

Descrição

Aluna estava no intervalo no pátio externo, disse que foi desviar de um inseto e quando abaixou a cabeça bateu com o supercílio no muro, onde é revestido por uma cerâmica e acabou cortando.

Testemunha da ocorrência

Colegas

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Paloma

Data

19/02/2024

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 com soro. 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

DADOS DO PACIENTE

CODIGO 00132813

Nome Paciente: RAFAELA BELICE

Data Nasc: 27/12/2009

Resp. Legal 1: MARCIA MARTINS CARDOSO BELICE

Resp. Legal 2: ROGERIO SILVA BELICE

Idade: 14 Anos 1 Mês 23 Dias

Sexo: FEMININO

CNS do Paciente:

Endereço: RUA PEDRO AIRES DA ROCHA

Número: 101

Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS

Bairro: AFONSO PENA

Complemento: APTO 8

CEP: 83040500

UF: PR

Responsável: MARCIA MARTINS CARDOSO BELICE

Telefone: 41 33987198

Grau de Parentesco: MAE

DADOS DO ATENDIMENTO

CODIGO 04255939

Medico(a): LUCAS KOJI MATSUZAKI

CRM: 40994

Unid. Internação:

Data/Hora: 19/02/2024 - 11:11

Leito:

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Plano: EMPRESARIAL

Matrícula: 15295

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

paciente com corte em supercílio esquerdo após se chocar contra um anteparo fixo. Nega sinais de alarme

Exame Físico

BEG, AAA, corada, hidratada

ferimento corto contuso em supercílio esquerdo, 1 cm, sem sangramento ativo

Diagnóstico

trauma superficial

Tratamento/Conduta

limpeza + cola cirurgica

orientações



Medico(a): LUCAS KOJI MATSUZAKI

CRM: 40994

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

LUCAS KOJI MATSUZAKI, CPF 08674202942, às 11:34 GMT-03:00 de 19/02/2024.

Estado: Assinatura digital válida

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



Paciente 00132813

Atendimento 04255939

Documento C468-V1882

