



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**  
RPS nº. 553603, Série: U, emitido em 19/03/2024, conversão em 19/03/2024

Número da Nota  
533273  
Data e Hora de Emissão  
19/03/2024 00:00:00  
Código de Verificação  
ZVZYM10P

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Nome/Razão Social:** INST 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:** gestaosaude@clinicaadventista.org.br

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

|                                 |           |          |      |              |
|---------------------------------|-----------|----------|------|--------------|
| PRESTACAO DE SERVICO HOSPITALAR | I PIS (%) | 0,00 R\$ | 0,00 | I COFINS (%) |
| 0,00 R\$ 0,00                   |           |          |      |              |
| MANUAL                          |           |          |      |              |

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 261,04

**VALOR TOTAL DA NOTA - R\$261,04**

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                           | 261,04                | 0,00         | 0,00               | 0,00                          |

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

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

Mais informações: [nota.curitiba.pr.gov.br](http://nota.curitiba.pr.gov.br)

Agrupamento: 2

- CONTAS AMBULATORIAIS - P. S

Tipo de Agrupamento: CONTA AMBULATORIAL

Remessa: 213216

Competência: 03/2024

Entrega: 20/03/2024

Convênio: 59

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Nota Fiscal:

Período

Início

Término

Guia TISS

Guia

Nr.Conta

Atendimento

Nr. Carteira

Valor

07/03/2024

07/03/2024

15765

15765

2353105

4273141

SOFIA ESTER KURITZA VIEIRA

15765

261,04

Total :

1

261,04

Total Geral :

1

261,04

Atendimento: 4273141 - SOFIA ESTER KURITZA VIEIRA Lote: 2353105 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Data de Nasc.: 15/10/2018

Paciente....: SOFIA ESTER KURITZA VIEIRA  
Convênio....: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA  
Plano.....: EMPRESARIAL  
Medico/CRM.: LUCIO RICIERI PEROTTI / 27706  
Guia.....: 15765 Validade.:  
Carteira....: 15765 Validade.: 30/12/2024 Titular.: SOFIA ESTER KURITZA VIEIRA  
Biometria...:  
CID.....: S600  
Código RAT.:  
Endereco....: RUA ANA ALZIRA PEREIRA 187 SITIO CERCADO CURITIBA PR  
Fone.....: 995993032  
Entrada.....: 07/03/2024 17:19 Saída: 07/03/2024 20:13



2353105

**Resumo da Conta**

| Grupo de Procedimento / Setor       | Sub-Total | Taxas | Desconto | Filme      | Total         |
|-------------------------------------|-----------|-------|----------|------------|---------------|
| <b>TAXAS DE USO DE SALA</b>         |           |       |          |            | <b>160,86</b> |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 160,86    |       |          |            | 160,86        |
| <b>MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO</b> |           |       |          |            | <b>3,39</b>   |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 3,39      |       |          |            | 3,39          |
| <b>MATERIAIS BRASINDICE</b>         |           |       |          |            | <b>19,80</b>  |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 19,80     |       |          |            | 19,80         |
| <b>MATERIAIS SIMPRO</b>             |           |       |          |            | <b>3,85</b>   |
| EMERGENCIA CONVENIOS                | 3,85      |       |          |            | 3,85          |
| <b>RADIODIAGNOSTICO</b>             |           |       |          |            | <b>73,14</b>  |
| RAIO-X CEIMA                        | 69,96     |       |          | 3,18       | 73,14         |
| <b>Total da Conta:</b>              |           |       |          | <b>R\$</b> | <b>261,04</b> |

**TAXAS DE USO DE SALA****Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS**

| Procedimento                                                | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 60023082 TAXA DE SALA PEQUENOS<br>PROCEDIMENTOSAMBULATORIAL | UN          | 1    | 160,86      | 160,86   |
| Total do Setor:                                             |             |      |             | 160,86   |
| Total de TAXAS DE USO DE SALA:                              |             |      |             | 160,86   |

**MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO****Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS**

| Procedimento                                   | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 90425588 CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA<br>10ML. | AMP         | 3    | 1,13        | 3,39     |
| Total do Setor:                                |             |      |             | 3,39     |
| Total de MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO:         |             |      |             | 3,39     |

**MATERIAIS BRASINDICE****Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS**

| Procedimento                                                                | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 0000078907 COMPRESSA DE GAZE ESTERIL<br>STAR                                | UN          | 10   | 1,68        | 16,80    |
| 70799172 ESPARADRAPO IMPERMEAVEL<br>CREMER - Esparadrapo Impermeavel<br>Bra | CM          | 15   | 0,20        | 3,00     |
| Total do Setor:                                                             |             |      |             | 19,80    |
| Total de MATERIAIS BRASINDICE:                                              |             |      |             | 19,80    |

**MATERIAIS SIMPRO****Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS**

| Procedimento                                        | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 78207991 LUVA CIRURGICA ESTERILIZADA<br>6,5 MUCAMBO | PAR         | 1    | 3,85        | 3,85     |
| Total do Setor:                                     |             |      |             | 3,85     |
| Total de MATERIAIS SIMPRO:                          |             |      |             | 3,85     |

**RADIODIAGNOSTICO****Setor 37 RAIO-X CEIMA**

| Procedimento                      | Unid./Ativ. | Qtde | VI Unitario | VI Total |
|-----------------------------------|-------------|------|-------------|----------|
| 40803120 RX - Mao ou quirodactilo | EXAME       | 1    | 69,96       | 73,14    |

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

Atendimento: 4273141 - SOFIA ESTER KURITZA VIEIRA Lote: 2353105 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

|                            |               |
|----------------------------|---------------|
|                            | VI.Filme:3.18 |
| Total do Setor:            | 73,14         |
| Total de RADIODIAGNOSTICO: | 73,14         |

## Prestadores Credenciados

## CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

## Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv.                       | Unid./Ativ. | HE | Qtde | VI Unitario                                | VI Total |
|------------|--------------------------------------------------------------------|-------------|----|------|--------------------------------------------|----------|
| 07/03/2024 | 10101039 Consulta em pronto socorro<br>LUCIO RICIERI PEROTTI 27706 | UN          | N  | 1    | 175,36                                     | 175,36   |
|            |                                                                    | 03338300913 | 59 |      |                                            |          |
|            |                                                                    |             |    |      | CLINICO                                    |          |
|            |                                                                    |             |    |      | Total do Setor:                            | 175,36   |
|            |                                                                    |             |    |      | Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA: | 175,36   |

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

## Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

| Data       | Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv.                                                 | Unid./Ativ. | HE | %Proc.  | Qtde | VI Unitario                                 | VI Total |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|---------|------|---------------------------------------------|----------|
| 07/03/2024 | 20104103 Curativos em geral sem anestesia<br>exceto queimados<br>LUCIO RICIERI PEROTTI 27706 | UND         | N  | 100.00% | 1    | 20,83                                       | 20,83    |
|            |                                                                                              | 03338300913 | 59 |         |      |                                             |          |
|            |                                                                                              |             |    |         |      | CLINICO                                     |          |
|            |                                                                                              |             |    |         |      | Total do Setor:                             | 20,83    |
|            |                                                                                              |             |    |         |      | Total de ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA:         | 20,83    |
|            |                                                                                              |             |    |         |      | Total Credenciados:                         | 196,19   |
|            |                                                                                              |             |    |         |      | Total da Conta (-) Desconto + Credenciados: | 457,23   |

|                               |                                          |
|-------------------------------|------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS ..<br>000000 | 2 - Número da Guia Referenciada<br>15765 |
|-------------------------------|------------------------------------------|

**Dados do Contratado Executante**

|                         |                |
|-------------------------|----------------|
| 3 - Código na Operadora | 76591569000130 |
| 4 - Nome do Contratado  | ASSOCIACAO HO  |

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

5 - Código CNES 15563

| Despesas Realizadas                                                                                |            |                |              |            |                    |           |                       |                          |                                                               |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|--------------|------------|--------------------|-----------|-----------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------|
| 6- CD                                                                                              | 7- Data    | 8- Hr. Inicial | 9- Hr. Final | 10- Tabela | 11- Código do Item | 12- Qlde. | 13- Unidade de Medida | 14- Fator Red. / Acresc. | 15-Valor Unitário-R\$<br>19 - N° Autorização de Funcionamento | 16-Valor Total-R\$ |
| 17 - Registro ANVISA do Material                                                                   |            |                |              |            |                    |           |                       |                          |                                                               |                    |
| 1 - 02                                                                                             | 07/03/2024 | 17:19:13       | 17:19:13     | 20         | 90425588           | 3         | 001                   | 1.00                     | 1.13                                                          | 3.39               |
| 20 - Descrição: CLORETO DE SODIO 0.9% AMPOLA 10ML.                                                 |            |                |              |            |                    |           |                       |                          |                                                               |                    |
| 2 - 03                                                                                             | 07/03/2024 | 17:19:13       | 17:19:13     | 00         | 0000078907         | 10        | 036                   | 1.00                     | 1.68                                                          | 16.80              |
| 20 - Descrição: COMPRESSA DE GAZE ESTERIL STAR                                                     |            |                |              |            |                    |           |                       |                          |                                                               |                    |
| 3 - 03                                                                                             | 07/03/2024 | 17:19:13       | 17:19:13     | 19         | 70799172           | 15        | 038                   | 1.00                     | 0.20                                                          | 3.00               |
| 20 - Descrição: ESPARADRAPO IMPERMEAVEL CREMER - Esparadrapo Impermeavel Branco Cremer 10cm x 4,5m |            |                |              |            |                    |           |                       |                          |                                                               |                    |
| 4 - 03                                                                                             | 07/03/2024 | 17:19:13       | 17:19:13     | 19         | 76207991           | 1         | 048                   | 1.00                     | 3.85                                                          | 3.85               |
| 20 - Descrição: LUVA CIRURGICA ESTERILIZADA 6,5 MUCAMBO                                            |            |                |              |            |                    |           |                       |                          |                                                               |                    |
| 5 - 07                                                                                             | 07/03/2024 | 17:19:13       | 17:19:13     | 18         | 60023082           | 1         | 036                   | 1.00                     | 160.86                                                        | 160.86             |
| 20 - Descrição: TAXA DE SALA PEQUENOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAL                                   |            |                |              |            |                    |           |                       |                          |                                                               |                    |

|                                 |      |                                |      |                             |       |                        |      |                                 |        |                           |      |                      |        |
|---------------------------------|------|--------------------------------|------|-----------------------------|-------|------------------------|------|---------------------------------|--------|---------------------------|------|----------------------|--------|
| 21 - Total Gases Medicinais R\$ | 0.00 | 22 - Total de Medicamentos R\$ | 3.39 | 23 - Total de Materiais R\$ | 23.65 | 24 - Total de OPME R\$ | 0.00 | 25 - Total Taxas e Aluguéis R\$ | 160.86 | 26 - Total de Diárias R\$ | 0.00 | 27 - Total Geral R\$ | 187.90 |
|---------------------------------|------|--------------------------------|------|-----------------------------|-------|------------------------|------|---------------------------------|--------|---------------------------|------|----------------------|--------|



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

2 - Nº Guia no Prestador 4273141000000

|                                                                                                  |  |                                                                                         |  |                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                       |  | 3 - Número da Guia Principal<br>15765                                                   |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>15765               |  |
| 4 - Data da Autorização<br>07/03/2024                                                            |  | 5 - Sentença<br>15765                                                                   |  |                                                                    |  |
| Dados do Beneficiário                                                                            |  | 9 - Validade da Carteira<br>30/12/2024                                                  |  | 10 - Nome<br>SOFIA ESTER KURITZA VIEIRA                            |  |
| 8 - Número da Carteira<br>15765                                                                  |  |                                                                                         |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde<br>N                                 |  |
| Dados do Solicitante                                                                             |  |                                                                                         |  |                                                                    |  |
| 13 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                       |  | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |                                                                    |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUCIO RICIERI PEROTTI                                   |  | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                         |  | 17 - Número no Conselho<br>27706                                   |  |
| 18 - UF<br>41                                                                                    |  | 19 - Código CBO<br>225270                                                               |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                        |  |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados                                         |  |                                                                                         |  |                                                                    |  |
| 21 - Caracter. Atendim.<br>2                                                                     |  | 22 - Data da Solicitação<br>07/03/2024                                                  |  | 23 - Indicação Clínica                                             |  |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>26 - Descrição                                     |  | 27 - Ql. Solic.                                                                         |  | 28 - Ql. Autoriz.                                                  |  |
| Dados do Contratado / Executante                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                                    |  |
| 29 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                       |  | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  | 31 - Código CNES<br>15563                                          |  |
| Dados do Atendimento                                                                             |  |                                                                                         |  |                                                                    |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                      |  | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)<br>9                        |  | 34 - Tipo de Consulta<br>1                                         |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                            |  |                                                                                         |  |                                                                    |  |
| 35 - Data<br>36 - Hora Inicial/38 - Hora Final<br>1 07/03/2024 18:42:00 18:42:00 22              |  | 37 - Procedimento<br>40 - Descrição<br>40803120 RX - Mao ou quirodactilo                |  | 41 - Valor Unitário (R\$)<br>42 - Valor Total (R\$)<br>73.14 73.14 |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                               |  |                                                                                         |  |                                                                    |  |
| 48 - Seq. Rel.<br>49 - Grau Part.                                                                |  | 50 - Código na operadora/CPF                                                            |  | 51 - Nome do Profissional                                          |  |
| 52 - Conselho Profissional                                                                       |  | 53 - Número no Conselho                                                                 |  | 54 - UF<br>55 - Código CBO                                         |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |  |                                                                                         |  |                                                                    |  |
| 1 - / /                                                                                          |  | 3 - / /                                                                                 |  | 5 - / /                                                            |  |
| 2 - / /                                                                                          |  | 4 - / /                                                                                 |  | 6 - / /                                                            |  |
|                                                                                                  |  |                                                                                         |  | 7 - / /                                                            |  |
|                                                                                                  |  |                                                                                         |  | 8 - / /                                                            |  |
|                                                                                                  |  |                                                                                         |  | 9 - / /                                                            |  |
|                                                                                                  |  |                                                                                         |  | 10 - / /                                                           |  |
| 58 - Observações / Justificativa                                                                 |  |                                                                                         |  |                                                                    |  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)<br>73.14                                                          |  | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)<br>160.86                                             |  | 61 - Total Materiais (R\$)<br>23.65                                |  |
| 62 - Total de Medicamentos (R\$)<br>3.39                                                         |  | 63 - Total de Gases Médicinais (R\$)<br>0.00                                            |  | 64 - Total Geral (R\$)<br>261.04                                   |  |
| 56 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |  |                                                                                         |  |                                                                    |  |
| 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                   |  |                                                                                         |  |                                                                    |  |

EDUARDA.

Data/Hora: 18/03/2024 16:35:07

Conta/Lote: 2353105

Atendimento: 4273141

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2353105

1 - Registro ANS 0

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 15765

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

SOFIA ESTER KURITZA VIEIRA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 59

14 - Nome do Contratado LUCIO RICIERI PEROTTI

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

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cartão Atendim. 2

22 - Data da Solicitação 07/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 1

25 - Código do Procedimento 40803120

26 - Descrição RX - Mão ou quirodactilo

27 - Qtd. Solic. 1

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

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

31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 36 - Data | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qtd. | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fat Red/Acresc | 46 - Valor Unitário(R\$) | 47 - Valor Total(R\$) |
|-----------|-------------------|-----------------|-------------|-----------------------------|----------------|-----------|----------|-----------|---------------------|--------------------------|-----------------------|
| 1.        |                   |                 |             |                             |                |           |          |           |                     |                          |                       |
| 2.        |                   |                 |             |                             |                |           |          |           |                     |                          |                       |
| 3.        |                   |                 |             |                             |                |           |          |           |                     |                          |                       |
| 4.        |                   |                 |             |                             |                |           |          |           |                     |                          |                       |
| 5.        |                   |                 |             |                             |                |           |          |           |                     |                          |                       |

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

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

51 - Nome do Profissional

52 - Cons Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimento (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

1 - Registro ANS 000000 9 - Número da Guia Principal 4273141000000

4 - Data de Autenticação 5 - Senha 6 - Data Validada da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 15765 9 - Validade da Carteira 30/12/2024 10 - Nome SOFIA ESTER KURITZA VIEIRA 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

Dados do Beneficiário

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

21 - Caráter Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 07/03/2024 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 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 de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 07/03/2024 37 - Hora Inicial 17:19:13 38 - Hora Final 17:19:13 39 - Tabela 10101039 40 - Procedimento Consulta em pronto socorro 41 - Descrição 42 - Cite 001 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acrease 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

2024103 - Curativo

01

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\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

RITA.

Data/Hora: 09/03/2024 07:31:42

Conta/Lote: 2353105

Atendimento: 4273141

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2253105

1 / 1

Dr. Lucio Ricieri Perotti  
Médico  
CRM/PR 27706



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

2 - Nº Guia no Prestador 4273141000000

|                                                                |                                                                                         |                                        |                                                      |                                              |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                     | 3 - Número da Guia Principal<br>4273141000000                                           | 6 - Data Validade da Senha             | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>15765 | 12 - Atendimento a RN<br>N                   |
| 4 - Data da Autorização                                        | 5 - Senha                                                                               | 9 - Validade da Carteira<br>30/12/2024 | 10 - Nome<br>SOFIA ESTER KURITZA VIEIRA              |                                              |
| Dados do Beneficiário                                          |                                                                                         |                                        |                                                      |                                              |
| 8 - Número da Carteira<br>15765                                |                                                                                         |                                        |                                                      |                                              |
| Dados do Solicitante                                           |                                                                                         |                                        |                                                      |                                              |
| 13 - Código na Operadora<br>76591569000130                     | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 16 - Conselho Profissional<br>6        | 17 - Número no Conselho<br>27706                     | 18 - UF<br>41                                |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>LUCIO RICIERI PEROTTI | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                             | 19 - Código CBO<br>225270              |                                                      |                                              |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados       |                                                                                         |                                        |                                                      |                                              |
| 21 - Caracter. Atendim.<br>2                                   | 22 - Data da Solicitação<br>07/03/2024                                                  | 23 - Indicação Clínica                 |                                                      |                                              |
| 24 - Tabela<br>25                                              | 26 - Código do Procedimento                                                             | 28 - Descrição                         |                                                      |                                              |
| Dados do Contratado Executante                                 |                                                                                         |                                        |                                                      |                                              |
| 29 - Código na Operadora<br>59                                 | 30 - Nome do Contratado<br>LUCIO RICIERI PEROTTI                                        | 31 - Código CNES<br>15563              |                                                      |                                              |
| Dados do Atendimento                                           |                                                                                         |                                        |                                                      |                                              |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                    | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)<br>9                        | 34 - Tipo de Consulta<br>1             | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento           |                                              |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados          |                                                                                         |                                        |                                                      |                                              |
| 36 - Data<br>1 07/03/2024                                      | 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final<br>17:19:13 17:19:13                                  | 39 - Tabela<br>22                      | 40 - Procedimento<br>10101039                        | 41 - Descrição<br>Consulta em pronto socorro |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)             |                                                                                         |                                        |                                                      |                                              |
| 48 - Seq. Ref.<br>49 - Grau Part.                              | 50 - Código na operadora/CPF                                                            | 51 - Nome do Profissional              | 52 - Conselho Profissional.                          | 53 - Número no Conselho                      |
| 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 OPMs (R\$)                                       |                                                                                         |                                        |                                                      |                                              |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)                               |                                                                                         |                                        |                                                      |                                              |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)                           |                                                                                         |                                        |                                                      |                                              |
| 65 - Total Geral (R\$)                                         |                                                                                         |                                        |                                                      |                                              |
| 66 - Assinatura do Contratado                                  |                                                                                         |                                        |                                                      |                                              |
| 67 - Assinatura do Profissional                                |                                                                                         |                                        |                                                      |                                              |
| 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                                 |                                                                                         |                                        |                                                      |                                              |

RITA. Data/hora: 09/03/2024 07:31:42 Conta/ote: 2353105 Atendimento: 4273141 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2353105  
CPM-PR 27708  
11/1



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

2 - Nº Guia no Prestador 4273141000000

1 - Registro ANS  
4273141

3 - Número da Guia Principal  
4203512

4 - Data da Autorização  
000000

5 - Sanha

6 - Data Validade da Sanha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
15765

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira  
15765

9 - Validade da Carteira  
30/12/2024

10 - Nome  
SOFIA ESTER KURITZA VIEIRA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 -

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

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim.  
2

22 - Data da Solicitação  
07/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Qt. Solic.

28 -

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora  
76591569000130

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento  
04

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)  
9

34 - Tipo de Consulta  
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela  
1 07/03/2024 18:42:00 18:42:00 22 40803120

40 - Procedimento  
RX - Mao ou quirodaccio

42 - Qtd  
001

43 - Via

44 - Tec  
1.00

45 - Fator Red./Acresc  
73.14

46 - Valor Unitário (R\$)  
73.14

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\$)  
73.14

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)  
62.16

61 - Total Materiais (R\$)

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\$)  
135.30

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

JOELMA.

Data/Hora: 07/03/2024 20:42:37

Conta/Lote: 2353105

Atendimento: 4273141

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2353105



1/

|                          |  |                                             |  |                                       |  |                                             |  |                               |  |                                             |  |
|--------------------------|--|---------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|-------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS         |  | 3 - Número da Guia Principal                |  | 6 - Data de Validade da Senha         |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |  | 11 - Cartão Nacional de Saúde |  | 12 - Atendimento a RN                       |  |
| 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 na Operadora |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |  | 21 - Código CBO                       |  | 22 - Assinatura do Profissional Solicitante |  | 23 - Código CBO               |  | 24 - Assinatura do Profissional Solicitante |  |

  

|                                                  |  |                                                  |  |                        |  |                  |  |
|--------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|------------------------|--|------------------|--|
| 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial |  | 26 - Descrição                                   |  | 27 - Qtd. Solic.       |  | 28 - Qtd. Aut.   |  |
| 21 - Carteira de Atendimento                     |  | 22 - Data da Solicitação                         |  | 23 - Indicação Clínica |  |                  |  |
| 24 - Tabela                                      |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial |  | 26 - Descrição         |  | 27 - Qtd. Solic. |  |
| 28 - Descrição                                   |  | 29 - Qtd. Solic.                                 |  | 30 - Qtd. Aut.         |  |                  |  |

  

|                                      |  |                                      |  |                                                                |  |                                                                                                  |  |                                            |  |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| 31 - Código CNES                     |  | 32 - Tipo de Atendimento             |  | 33 - Indicação de Atendimento (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./Acrsc.                     |  |
| 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 Contratado              |  |



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Sofia Ester Kuritza Vieira  
**Nº da Carteirinha:** 2.32.6416  
**Instituição:** Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM



**Data de Nascimento:** 15/10/2018

**Nº da Guia:** 15765

| Data da Ocorrência | Horário  | Local        | Atividade               |
|--------------------|----------|--------------|-------------------------|
| 07/03/2024         | 15:25:00 | Sala de Aula | Aula de outras matérias |

## O que aconteceu

prende o dedo na porta

## Partes do corpo

2º Dedo Mão Esquerda

## Descrição

A aluna estava na sala de aula e ao ir no banheiro prende o dedo na porta fazendo um corte.

## Testemunha da ocorrência

Talita

## Telefone

(41) 3051-8600

## Quem prestou primeiros socorros

Talita

## Data

07/03/2024

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

## Observações

A aluna foi atendida pela professora e a orientadora e comunicado aos responsáveis

Ass..

Leonardo de Assis Rosa

Leonardo de A. Rosa  
Coordenador Disciplinar

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

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

Prontuário: 669495

Pedido: 1822008

Atend: 4273141

Paciente: **Sofia Ester Kuritza Vieira**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Lucio Ricieri Perotti

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 07/03/2024

Dt Imagem: 07/03/2024

Dt Laudo: 12/03/2024 14:25:17

## RADIOGRAFIA DE 2 ° QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

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



Dr. Marco Antonio Nicolodelli  
CRM/PR: 14.702