



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

RPS nº. 569937, Série: U, emitido em 19/06/2024, conversão em 19/06/2024

Número da Nota
549615
Data e Hora de Emissão
19/06/2024 00:00:00
Código de Verificação
GMSG5HOW

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 | PIS (%) 0.00 R\$ 0.00 | COFINS (%)
0.00 R\$ 0.00

Valor Líquido da Nota Fiscal = R\$ 866,20

VALOR TOTAL DA NOTA - R\$866,20

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	866,20	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

Agrupamento: 2 - CONTAS AMBULATORIAIS - P. S Tipo de Agrupamento: CONTA AMBULATORIAL
Remessa: 218760 Competência: 06/2024 Entrega: 

Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Nota Fiscal:

Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
Início	Término						
06/05/2024	06/05/2024	17476	17476	2391190	4334374 CECILIA MORONA DE LIMA PEREIRA	2377494	708,84
10/06/2024	10/06/2024	18475	18475	2410295	4367686 JENNYFER CRISTINA MIRANDA	2375176	84,08
07/06/2024	07/06/2024	18427	18427	2408831	4365376 SARA CRISTINE FRANCO	379101	73,28
						Total : 3	866,20
						Total Geral : 3	866,20

111

1 - Registro ANS 0

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

8 - Número da Carteira 2377494

9 - Validade da Carteira

10 - Nome CECILIA MORONA DE LIMA PEREIRA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Beneficiário

13 - Código na Operadora 59

14 - Nome do Contratado ELAINE DE ALMEIDA KUZUO

15 - Nome do Profissional Solicitante ELAINE DE ALMEIDA KUZUO

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 28084

18 - UF 41

19 - Código CBO 225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados do Solicitante

21 - Cartão Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 06/05/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 1

25 - Código do Procedimento 41001010

26 - Descrição TC - Cranio ou seja lurdica ou ontlas

27 - Qlde. Solc. 1

28 - Qlde. Aut.

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

29 - Código na Operadora

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

31 - Código CNES 15563

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fat Red/Acresc	46 - Valor Unitário(R\$)	47 - Valor Total(R\$)
1-1-1	11-11-11	11-11-11	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
2-1-1	11-11-11	11-11-11	2-1-1	2-1-1	2-1-1	2-1-1	2-1-1	2-1-1	2-1-1	2-1-1	2-1-1
3-1-1	11-11-11	11-11-11	3-1-1	3-1-1	3-1-1	3-1-1	3-1-1	3-1-1	3-1-1	3-1-1	3-1-1
4-1-1	11-11-11	11-11-11	4-1-1	4-1-1	4-1-1	4-1-1	4-1-1	4-1-1	4-1-1	4-1-1	4-1-1
5-1-1	11-11-11	11-11-11	5-1-1	5-1-1	5-1-1	5-1-1	5-1-1	5-1-1	5-1-1	5-1-1	5-1-1

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

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Auspícios (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPM (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	2 - Número da Guia Principal		
4 - Data da Autorização 06/05/2024	5 - Serviço ELEGIVEL	6 - Data Validade da Sessão 22363	7 - Número da Guia Autorizada pelo Operadora 22363
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2377494	9 - Validade da Carteira 06/05/2024	10 - Nome CECILIA MORONA DE LIMA PEREIRA	11 - Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
15 - Nome do Profissional Solicitante ELAINE DE ALMEIDA KUZUO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 28084	18 - UF 41
19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caudex Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 06/05/2024	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qx Solic.	28 - Qx Autoriz.
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 1 06/05/2024	37 - Hora Inicial 3h-Hora Final 14:1:00 14:1:00	38 - Tabela 22	39 - Descrição TC - Crânio ou sela túrcica ou orbitas
40 - Procedimento 41001010	41 - Descrição TC - Crânio ou sela túrcica ou orbitas	42 - Dose 001	43 - Via 1.00
44 - Tec. 708.84	45 - Fator Red./Acrec. 708.84	46 - Valor Unitário (R\$) 708.84	47 - Valor Total (R\$) 708.84
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 do Procedimento em Série			
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /
5 - / /	6 - / /	7 - / /	8 - / /
9 - / /	10 - / /		
57 - Observações / Justificativa			
58 - Total Procedimentos (R\$) 708.84	59 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 62.16	60 - Total da OPRM (R\$) 0.00	61 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
62 - Total de Casos Medicinais (R\$) 0.00	63 - Total Geral (R\$) 771.00	64 - Assinatura do Contratado	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

GIOVANAMÉLO Data/Hora: 06/05/2024 14:46:26

Contato/cte: 2391190

Atendimento: 4334374

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1 / 1



2391190



Quarona

Prescrição.: 6558575 Data Prescrição: 06/05/2024 14:10
Setor Solic: EMERGENCIA CONVENIOS NR Carteira: 2377494
Atendimento: 4334374 Validade:
Paciente....: 483293 - CECILIA MORONA DE LIMA PEREIRA Nasc: 05/09/2018 5a 8m 0d
Origem Atd.: EMERGENCIA CONVENIOS Classificação de Risco: URG
Convênio....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Serviço: PEDIATRIA
Prestador...: 28084 ELAINE DE ALMEIDA KUZUO
Acomodação.: Leito:
Unid Intern:
Cid.....: S008 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OUTRAS PARTES DA CABECA

Usuário: ELAINE.KUZUO

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

Para: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Prescrição: 

Exames:	Qtd.	Pedido	Data Coleta	Material	Loc. Anatômico	Accession Number	Cod. Fatur.
TOMOGRAFIA DE CRÂNIO	1	 1427641	06/05/2024 14:10			 1855045	34010068 AT
		Observação:	hematoma frontal a esquerda com laudo				

Elaine Kuzuo

Elaine Kuzuo
Pediatra
CRM/PR 28.084

ELAINE DE ALMEIDA KUZUO

CRM 28084

Cod. Fatur.
34010068

Prontuário: 483293

Pedido: 1855045

Atend: 4334374

Paciente: **Cecilia Morona De Lima Pereira**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Elaine De Almeida Kuzuo

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 06/05/2024

Dt Imagem: 06/05/2024

Dt Laudo: 06/05/2024 15:03:24

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Técnica: estudo realizado em aparelho de tomografia computadorizada multislice, sem a injeção venosa de meio de contraste iodado não-iônico, obtendo-se imagens no plano axial e reconstruções multiplanares sagitais e coronais e tridimensionais VRT.

Análise:

Aumento de volume extra-craniano frontal E

Ausência de lesões expansivas, coleções extra-axiais ou de calcificações patológicas no encéfalo.

O sistema ventricular tem morfologia, topografia e dimensões normais.

Aspecto anatômico das cisternas basais.

Velamento parcial dos seios da face.

*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. Jorge Alberto Ledesma
CRM/PR: 5.962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Cecília Morona de Lima Pereira
Nº da Carteira: 2.37.7494
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 05/09/2018

Nº da Guia: 17476



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/05/2024	10:37:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

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

Descrição

A aluna estava indo ao banheiro, quando o colega foi atrás e empurrou a Cecília, queria entrar antes dela. A Cecília bateu a cabeça no canto do batente da porta do banheiro, fazendo um galo na fronte.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Luciane Desbessel	(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros	Data
Luciane Desbessel	06/05/2024

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

A aluna Cecília foi atendida pela professora Luciane, encaminhada para o setor de orientação que informou a mãe Deborah sobre o ocorrido, foi colocado gelo no local e a aluna foi sendo observada quanto a algum sintoma, não apresentado nenhum, durante sua presença no colégio. A mãe foi orientada a observar a filha e encaminhar ao atendimento necessário.

Ass.: _____


Valéria Geraldino Miranda

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

4 - Data da Autorização 17/06/2024

5 - Senha 18475

6 - Data Validade da Senha 30/06/2024

7 - Número da Guia Ambulatório para Operadora 18475

8 - Número da Carteira 2375176

9 - Validade da Carteira 30/06/2024

10 - Nome JENNYFER CRISTINA MIRANDA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

13 - Código na Operadora 76591569000130

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

15 - Nome do Profissional Solicitante FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 16118

18 - UF 41

19 - Código CBO 225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 10/06/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - QI Solic 28 - QI Autentz

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 76591569000130

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

31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 04

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

34 - Tipo de Consulta 1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 10/06/2024 37 - Hora Inicial 16:08:00 38 - Hora Final 16:08:00 39 - Tabela 22

40 - Procedimento 40801020

41 - Descrição RX - Crânio - 3 incidências

42 - QI 001

43 - Vlr 1.00

44 - Tec 84.08

45 - Fator Red./Acrisc. 84.08

46 - Valor Unitário (R\$) 84.08

47 - Valor Total (R\$) 84.08

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-

88 - Observações / Justificativa

58 - Total Procedimentos (R\$) 84.08

59 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00

60 - Total Materiais (R\$) 0.00

61 - Total de OPME (R\$) 0.00

62 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00

63 - Total de Casos Medicinais (R\$) 0.00

64 - Total Geral (R\$) 84.08

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Contratado

TALITA.

Data/Hora: 17/06/2024 14:22:00

Contat/Lote: 2410295

Atendimento: 4367686

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2410295

1 / 1

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

Dados do Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION	6	16118	41	225124	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento 02086498	26 - Descrição CORONAVIRUS, INFLUENZA TESTE RAPIDO - ANTIGENO	27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut.
-------------	---	--	-----------------------	----------------

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

[illegible]

Identificação do(s) Profissional(s) 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

[illegible]

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

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPVE (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 Participante ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						

1 - Registro ANS 0

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Suma

6 - Data Validade da Sema

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora

8 - Número da Carteira 2375176

9 - Validade da Carteira

10 - Nome JENNYFER CRISTINA MIRANDA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 59

14 - Nome do Contratado FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION

15 - Nome do Profissional Solicitante FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 16118

18 - UF 41

19 - Código CBO 225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cartão Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 10/06/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 22

25 - Código do Procedimento 40801020

26 - Descrição RX - Crânio - 3 incidências

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 - Pat. Ref./acresc.	46 - Valor Unitário(R\$)	47 - Valor Total(R\$)
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

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

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 para Autorização

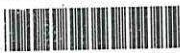
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Prescrição.: 6641572 Data Prescrição: 10/06/2024 16:07
Setor Solic: EMERGENCIA CONVENIOS NR Carteira: 2375176
Atendimento: 4367686 Validade:
Paciente....: 679827 - JENNYFER CRISTINA MIRANDA Nasc: 21/11/2008 15a 6m 19d
Origem Atd.: EMERGENCIA CONVENIOS Classificação de Risco: N URG
Convênio....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Serviço: PEDIATRIA
Prestador...: 16118 FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION
Acomodação.: Leito:
Unid Intern:
Cid.....: S009. TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA
FABIANA.GAION

Usuário: FABIANA GAION
Data: 10/06/2024 16:09

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

Prescrição: 

Exames	Qtd.	Pedido	Data Coleta	Material	Loc. Anatômico	Accession Number	Cod. Fatur.
RADIOGRAFIA DE CRANIO PA - LAT BRETTON	1	 1442125	10/06/2024 16:07			 1875277	32010028 AT
Observação: QUEDA DE NIVEL COM TRAUMA DE HEMIFACE DIR							

FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION
CRM 16118

Prontuário: 679827

Pedido: 1875277

Atend: 4367686

Paciente: **Jennyfer Cristina Miranda**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Fabiana Judith Almeida Gaion

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 10/06/2024

Dt Imagem: 10/06/2024

Dt Laudo: 11/06/2024 10:03:01

RADIOGRAFIA DE CRÂNIO

Incidências: anteroposterior (AP) e perfil (P).

Análise:

Calota craniana de aspecto radiográfico normal.

Estruturas da base do crânio dentro do normal radiográfico.

*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. Jorge Alberto Ledesma
CRM/PR: 5.962

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Jennyfer Cristina Miranda
Nº da Carteirinha: 2.37.5176
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 21/11/2008 **Nº da Guia:** 18475

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/06/2024	12:38:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Desmaio	Cabeça

Descrição

A aluna estava na aula de educação física e relatou que estava com os olhos fechado e depois tudo ficou escuro e acabou caindo com o lado direito do rosto no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Isabele	(41) 3051-8660

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

A aluna foi atendida pela monitora Isabele, informado aos responsáveis e encaminhado 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

1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

07/06/2024

5 - Semha

18427

6 - Data Validade da Semha

18427

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

18427

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

379101

9 - Validade da Carteira

31/12/2024

10 - Nome

SARA CRISTINE FRANCO

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

MARIANA DEMETRIO DE SOUSA PONTES

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

44271

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cartão Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

07/06/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QI.Solic.

28 - QI.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES

15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

04

33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

07/06/2024

37 - Hora Inicial/38 - Hora Final

14:04:00 14:04:00

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

40803120 RX - Mao ou quiropractico

42 - Qide

001

43 - Via

44 - Tec

1.00

45 - Fator Red./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

73.28

47 - Valor Total (R\$)

73.28

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

48 - Seq. Rel.

49 - Grau Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

1- / /

2- / /

3- / /

4- / /

5- / /

6- / /

7- / /

8- / /

9- / /

10- / /

11- / /

12- / /

13- / /

14- / /

15- / /

16- / /

17- / /

18- / /

19- / /

20- / /

21- / /

22- / /

23- / /

24- / /

25- / /

26- / /

27- / /

28- / /

29- / /

30- / /

31- / /

32- / /

33- / /

34- / /

35- / /

36- / /

37- / /

38- / /

39- / /

59 - Observações / Justificativa

60 - Total Procedimentos (R\$)

73.28

61 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

62 - Total de OPAE (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Casos Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

73.28

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

TALITA.

Data/Hora: 17/06/2024 14:18:47

Conta/Lote: 2408831

Atendimento: 4365376

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2408831

1 / 1



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

2 - Nº Guia no Prestador 4365376000000

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
000000		4365376000000	
4 - Data da Autorização		5 - Semha	
07/06/2024		18427	
6 - Data Validade da Semha		7 - Número da Guia Atibuido pela Operadora	
		18427	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
379101		31/12/2024	
10 - Nome		SARA CRISTINE FRANCO	
11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
		N	
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado	
76591569000130		ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
VICTOR HUGO MARIANO RAMOS		6	
17 - Número no Conselho		25919	
18 - UF		41	
19 - Código CBO		225270	
20 - Matrícula Profissional Solicitante		21 - Matrícula Profissional Solicitante	
21 - Carteira Atendim.		22 - Data da Solicitação	
2		07/06/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
		25 - Código do Procedimento	
		26 - Descrição	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
59		VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	
04		9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
1			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data		37 - Hora Inicial/38 - Hora Final	
1 07/06/2024		13:47:06 13:47:06	
39 - Tabela		40 - Procedimento	
		10101039	
41 - Descrição		42 - Cite	
Consulta em pronto socorro		001	
43 - Via		44 - Tec	
45 - Fator Red./Acess.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.	
50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
1 -		2 -	
3 -		4 -	
5 -		6 -	
7 -		8 -	
9 -		10 -	
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			
ANTONIO.			
Data/Hora: 07/06/2024 13:47:35			
Contat/Lote: 2408831			
Atendimento: 4365376			
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			
2408831			
1 / 1			



4365376

1 - Registro ANS

000000

5 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

07/06/2024

5 - Senha

18427

6 - Data Validade da Senha

18427

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

379101

9 - Validade da Carteira

31/12/2024

10 - Nome

SARA CRISTINE FRANCO

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 - Caráter Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

07/06/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QLSolic.

28 - QLAutoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES

15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

04

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

1

07/06/2024

37 - Hora Inicial

14:04:00

38 - Hora Final

14:04:00

22

40 - Procedimento

40803120

41 - Descrição

RX - Mao ou quironocilio

42 - Qlde

001

43 - Via

1.00

44 - Tec

73.28

45 - Fator Red./Acresc

73.28

46 - Valor Unitário (R\$)

73.28

47 - Valor Total (R\$)

73.28

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\$)

73.28

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

62.16

61 - Total Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de OPMs (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

135.44

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

DARCY.

Data/Hora: 07/06/2024 14:08:56

Conta/Lote: 2408831

Atendimento: 4365376

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2408831



Prescrição.: 6635240 Data Prescrição: 07/06/2024 14:03
Setor Solic: EMERGENCIA CONVENIOS NR Carteira: 379101
Atendimento: 4365376 Validade:
Paciente...: 171395 - SARA CRISTINE FRANCO Nasc: 10/04/2012 12a 1m 28d
Origem Atd.: EMERGENCIA CONVENIOS Classificação de Risco: N URG
Convênio...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Serviço: ORTOP. E TRAUMATOLOGIA PEDIAT.
Prestador...: 25919 VICTOR HUGO MARIANO RAMOS
Acomodação.: Leito:
Unid Intern:
Cid.....: Z479 SEGUIMENTO ORTOPEDICO NAO ESPECIFICADO Usuário: VICTOR.RAMOS

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

Para: RADIOLOGIA

Prescrição: 

Exames:	Qtd.	Pedido	Data Coleta	Material	Loc. Anatômico	Accession Number	Cod. Fatur.
RADIOGRAFIA DE MAO OU QUIRODACTILOS	1	 1441145	07/06/2024 14:03			 1873995	32030126 AT
		Observação:	RX DE ARTICULAÇÃO INTERFALANGEANA PROIMAL DE 4 QDD AP+P+OBL				



Dr. Lucas K. Zanardini
CRM-PR 39067

VICTOR HUGO MARIANO RAMOS
CRM 25919

Prontuário: 171395

Pedido: 1873995

Atend: 4365376

Paciente: **Sara Cristine Franco**

Médico Solicitante: Victor Hugo Mariano Ramos

Convênio: CLINICA

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 07/06/2024

Dt Imagem: 07/06/2024

Dt Laudo: 11/06/2024 14:38:44

RADIOGRAFIA DE 4 ° QUIRODÁCTILO DA MÃO DIREITA

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Sara Cristine Franco
Nº da Carteira: 3.7.9101
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 10/04/2012

Nº da Guia: 18427

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/06/2024	11:36:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

4º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna estava na Ed. física jogando vôlei virou o dedo.

Testemunha da ocorrência

Monitora Flavia Lemos

Telefone

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Flavia Lemos

Data

07/06/2024

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

Atendimento realizado pela monitora Flavia passei um Gelol e fiz o encaminhamento pro hospital de referencia.

Ass.:

Flávia Eliza Kobai Lemos

Flávia Eliza Kobai Lemos

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