



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**  
RPS nº. 569938, Série: U, emitido em 19/06/2024, conversão em 19/06/2024

Número da Nota  
549616  
Data e Hora de Emissão  
19/06/2024 00:00:00  
Código de Verificação  
J21S950F

**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\$ 75,89

**VALOR TOTAL DA NOTA - R\$75,89**

**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                           | 75,89                 | 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.

|                 |            |                                |       |                                                                                     |             |
|-----------------|------------|--------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Agrupamento: 2  |            | - CONTAS AMBULATORIAIS - P. S  |       | Tipo de Agrupamento: CONTA AMBULATORIAL                                             |             |
| Remessa: 218428 |            | Competência: 06/2024           |       | Entrega:                                                                            |             |
| Convênio: 59    |            | CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA |       |  |             |
| Nota Fiscal:    |            |                                |       |                                                                                     |             |
| Período         |            |                                |       |                                                                                     |             |
| Início          | Término    | Guia TISS                      | Guia  | Nr.Conta                                                                            | Atendimento |
| 17/05/2024      | 17/05/2024 | 17875                          | 17875 | 2398315                                                                             | 4346778     |
|                 |            |                                |       | CECILIA GABRIELA CICHOCKI GOMES                                                     |             |
|                 |            |                                |       | 278439                                                                              |             |
|                 |            |                                |       | Total : 1                                                                           |             |
|                 |            |                                |       | Total Geral : 1                                                                     |             |
|                 |            |                                |       | 75,89                                                                               |             |



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

2 - Nº Guia no Prestador 4346778000000

|                                                             |  |                                                              |  |
|-------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                                            |  | 5 - Número da Guia Principal                                 |  |
| 000000                                                      |  |                                                              |  |
| 4 - Data da Autorização                                     |  | 5 - Semha                                                    |  |
| 17/05/2024                                                  |  | 17875                                                        |  |
| Dados do Beneficiário                                       |  | 9 - Validade da Carteira                                     |  |
| 8 - Número da Carteira                                      |  | 30/05/2024                                                   |  |
| 278439                                                      |  | CECILIA GABRIELA CICHOCKI GOMES                              |  |
| Dados do Solicitante                                        |  | 10 - Nome                                                    |  |
| 13 - Código na Operadora                                    |  | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |
| 76591569000130                                              |  |                                                              |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante                       |  | 16 - Conselho Profissional                                   |  |
| ALLANA GOETTEN                                              |  | 6                                                            |  |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados    |  | 17 - Número no Conselho                                      |  |
| 21 - Caracter Atendimento                                   |  | 51245                                                        |  |
| 2                                                           |  | 18 - UF                                                      |  |
| 17/05/2024                                                  |  | 41                                                           |  |
| 23 - Indicação Clínica                                      |  | 19 - Código CBO                                              |  |
|                                                             |  | 225270                                                       |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                 |  |                                                              |  |
| 24 - Tabela                                                 |  | 25 - Código do Procedimento                                  |  |
|                                                             |  | 26 - Descrição                                               |  |
| 27 - QI Solic.                                              |  | 28 - QI Autent.                                              |  |
| Dados do Contratado Executante                              |  | 30 - Nome do Contratado                                      |  |
| 29 - Código na Operadora                                    |  | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |
| 76591569000130                                              |  |                                                              |  |
| Dados do Atendimento                                        |  | 32 - Tipo de Atendimento                                     |  |
| 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) |  | 9                                                            |  |
| 04                                                          |  | 34 - Tipo de Consulta                                        |  |
|                                                             |  | 1                                                            |  |
| 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                  |  |                                                              |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados       |  | 40 - Procedimento                                            |  |
| 36 - Data                                                   |  | 37 - Hora Inicial                                            |  |
| 1 17/05/2024                                                |  | 21:02:00                                                     |  |
| 38 - Hora Final                                             |  | 21:02:00                                                     |  |
| 22                                                          |  | 40804011                                                     |  |
| 41 - Descrição                                              |  | RX - Bacia                                                   |  |
| 42 - Cide                                                   |  | 43 - Via                                                     |  |
| 001                                                         |  | 1.00                                                         |  |
| 44 - Tec                                                    |  | 45 - Fator Red/Acrec                                         |  |
| 75.89                                                       |  | 75.89                                                        |  |
| 46 - Valor Unitário (R\$)                                   |  | 47 - Valor Total (R\$)                                       |  |
|                                                             |  | 75.89                                                        |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)          |  | 52 - Conselho Profissional                                   |  |
| 48 - Sinq. Prof.                                            |  | 49 - Grau Prof.                                              |  |
| 50 - Código na operadora/CPF                                |  | 51 - Nome do Profissional                                    |  |
|                                                             |  |                                                              |  |
| 52 - Conselho Profissional                                  |  | 53 - Número no Conselho                                      |  |
|                                                             |  |                                                              |  |
| 54 - UF                                                     |  | 55 - Código CBO                                              |  |
|                                                             |  |                                                              |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série           |  | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável               |  |
| 1. / /                                                      |  | 3. / /                                                       |  |
| 2. / /                                                      |  | 4. / /                                                       |  |
| 5. / /                                                      |  | 6. / /                                                       |  |
| 7. / /                                                      |  | 8. / /                                                       |  |
| 9. / /                                                      |  | 10. / /                                                      |  |
| 58 - Observações / Justificativa                            |  |                                                              |  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                              |  | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)                            |  |
| 75.89                                                       |  | 0.00                                                         |  |
| 61 - Total Materiais (R\$)                                  |  | 62 - Total de OPMs (R\$)                                     |  |
| 0.00                                                        |  | 0.00                                                         |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)                            |  | 64 - Total de Gases Médicos (R\$)                            |  |
| 0.00                                                        |  | 0.00                                                         |  |
| 65 - Total Geral (R\$)                                      |  | 66 - Assinatura do Contratado                                |  |
| 75.89                                                       |  |                                                              |  |
| 67 - Assinatura do Responsável pela Autorização             |  |                                                              |  |
| TALITA.                                                     |  | Data/Hora: 12/06/2024 11:33:12                               |  |
| Conta/Lote: 2398315                                         |  | Atendimento: 4346778                                         |  |
| Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA                    |  | 2398315                                                      |  |
| 1 / 1                                                       |  |                                                              |  |



|                                                          |  |                              |  |                                                             |  |                                                              |  |
|----------------------------------------------------------|--|------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                                         |  | 3 - Número da Guia Principal |  | 6 - Data Validade da Senha                                  |  | 7 - Número da Guia Arquivado pela Operadora                  |  |
| 000000                                                   |  | 4346778000000                |  |                                                             |  | 22528                                                        |  |
| 4 - Data da Autorização                                  |  | 5 - Senha                    |  |                                                             |  |                                                              |  |
| 17/05/2024                                               |  | 17875                        |  |                                                             |  |                                                              |  |
| Dados do Beneficiário                                    |  |                              |  | 9 - Validade da Carteira                                    |  | 10 - Nome                                                    |  |
| 8 - Número da Carteira                                   |  |                              |  | 278439                                                      |  | 30/05/2024                                                   |  |
|                                                          |  |                              |  |                                                             |  | CECILIA GABRIELA CICHOCKI GOMES                              |  |
|                                                          |  |                              |  |                                                             |  |                                                              |  |
| Dados do Solicitante                                     |  |                              |  | 14 - Nome do Contratado                                     |  |                                                              |  |
| 13 - Código na Operadora                                 |  |                              |  | 76591569000130                                              |  | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante                    |  |                              |  | ANDREA FINATTO                                              |  | 16 - Conselho Profissional                                   |  |
|                                                          |  |                              |  |                                                             |  | 6                                                            |  |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados |  |                              |  | 23 - Indicação Clínica                                      |  | 17 - Número no Conselho                                      |  |
| 21 - Caráter Atendim.                                    |  |                              |  | 22 - Data da Solicitação                                    |  | 43948                                                        |  |
| 2                                                        |  |                              |  | 17/05/2024                                                  |  | 41                                                           |  |
| 24 - Tabela                                              |  |                              |  | 25 - Código do Procedimento                                 |  | 26 - Descrição                                               |  |
|                                                          |  |                              |  |                                                             |  |                                                              |  |
| Dados do Contratado Executante                           |  |                              |  | 30 - Nome do Contratado                                     |  |                                                              |  |
| 29 - Código na Operadora                                 |  |                              |  | 59                                                          |  | ANDREA FINATTO                                               |  |
| Dados do Atendimento                                     |  |                              |  | 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) |  | 34 - Tipo de Consulta                                        |  |
| 32 - Tipo Atendimento                                    |  |                              |  | 04                                                          |  | 9                                                            |  |
| 35 - Tipo Atendimento                                    |  |                              |  |                                                             |  | 1                                                            |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados    |  |                              |  | 40 - Procedimento                                           |  | 41 - Descrição                                               |  |
| 36 - Data                                                |  |                              |  | 37 - Hora Inicial/38 - Hora Final                           |  | 39 - Tabela                                                  |  |
| 1 17/05/2024                                             |  |                              |  | 20:24:53 20:24:53                                           |  | 22                                                           |  |
|                                                          |  |                              |  | 40 - Procedimento                                           |  | 41 - Descrição                                               |  |
|                                                          |  |                              |  | 10101039                                                    |  | Consulta em pronto socorro                                   |  |
|                                                          |  |                              |  | 42 - Qlde                                                   |  | 43 - Via                                                     |  |
|                                                          |  |                              |  | 001                                                         |  | 44 - Tpe                                                     |  |
|                                                          |  |                              |  | 45 - Fator Red/Accresc                                      |  | 46 - Valor Unitário (R\$)                                    |  |
|                                                          |  |                              |  |                                                             |  | 47 - Valor Total (R\$)                                       |  |
|                                                          |  |                              |  |                                                             |  |                                                              |  |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)       |  |                              |  | 50 - Código na operadora/CPF                                |  | 51 - Nome do Profissional                                    |  |
| 48 - Seq. Ref.                                           |  |                              |  | 49 - Grau Part.                                             |  | 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- / /                                                   |  |                              |  | 3- / /                                                      |  | 5- / /                                                       |  |
| 2- / /                                                   |  |                              |  | 4- / /                                                      |  | 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 - Assinatura do Responsável pela Autorização          |  |                              |  | 66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável              |  | 67 - Assinatura do Contratado                                |  |
|                                                          |  |                              |  |                                                             |  |                                                              |  |
| ALESSANDER, Data/Hora: 17/05/2024 20:25:38               |  |                              |  | Conta/Lote: 2398315                                         |  | Atendimento: 4346778                                         |  |
|                                                          |  |                              |  |                                                             |  | Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA                     |  |
|                                                          |  |                              |  |                                                             |  | 2398315                                                      |  |
|                                                          |  |                              |  |                                                             |  | 1/                                                           |  |



|                                       |                                               |                                              |                                                      |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000            | 3 - Número da Guia Principal<br>4346778000000 | 6 - Data Validade da Sanha                   | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>22528 |
| 4 - Data de Autorização<br>17/05/2024 | 5 - Sanha<br>17875                            | 10 - Nome<br>CECILIA GABRIELA CICHOCKI GOMES | 12 -<br>Cartão Nacional de Saúde                     |

|                       |                                  |                                        |
|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------------|
| Dados do Beneficiário | 8 - Número da Carteira<br>278439 | 9 - Validade da Carteira<br>30/05/2024 |
|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------------|

|                      |                                            |                                                                                         |
|----------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 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>ANDREA FINATTO | 16 - Conselho Profissional<br>6 | 17 - Número no Conselho<br>43948 | 18 - UF<br>41 | 19 - Código CBO<br>225270 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------------------------|

|                                                          |                             |                                        |                        |                      |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|------------------------|----------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados | 21 - Carteira Atendim.<br>2 | 22 - Data da Solicitação<br>17/05/2024 | 23 - Indicação Clínica | 27 - Qt.Solic.<br>28 |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|------------------------|----------------------|

|                                            |                |
|--------------------------------------------|----------------|
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento | 26 - Descrição |
|--------------------------------------------|----------------|

|                                |                                |                                           |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|
| Dados do Contratado Executante | 29 - Código na Operadora<br>59 | 30 - Nome do Contratado<br>ANDREA FINATTO |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|

|                      |                             |                                                       |                            |                                            |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|
| Dados do Atendimento | 32 - Tipo Atendimento<br>04 | 33 - Indicação de 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>17/05/2024 | 37 - Hora Inicial<br>20:24:53 | 38 - Hora Final<br>20:24:53 | 39 - Tabela<br>22 | 40 - Procedimento<br>10101039 | 41 - Descrição<br>Consulta em pronto socorro | 42 - Qlde<br>001 | 43 - Via | 44 - Tec | 45 - Fator Red./Acresc | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------------------|----------------------------------------------|------------------|----------|----------|------------------------|---------------------------|------------------------|

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

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

|                                |                                   |                            |                          |                                  |                                      |                        |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 59 - Total Procedimentos (R\$) | 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total Materiais (R\$) | 62 - Total de OPME (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|

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

|                                                          |  |                                                              |  |
|----------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                                         |  | 5 - Número da Guia Principal                                 |  |
| 000000                                                   |  | 4346778000000                                                |  |
| 4 - Data de Autorização                                  |  | 5 - Senha                                                    |  |
| 17/05/2024                                               |  | 17875                                                        |  |
| 6 - Data Validade da Senha                               |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora                  |  |
|                                                          |  | 22528                                                        |  |
| Dados do Beneficiário                                    |  |                                                              |  |
| 8 - Número da Carteira                                   |  | 9 - Validade da Carteira                                     |  |
| 278439                                                   |  | 30/05/2024                                                   |  |
| 10 - Nome                                                |  | CECILIA GABRIELA CICHOCKI GOMES                              |  |
| 12 - Cartão Nacional de Saúde                            |  |                                                              |  |
|                                                          |  |                                                              |  |
| 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                                   |  |
| ANDREA FINATTO                                           |  | 6                                                            |  |
| 17 - Número no Conselho                                  |  | 43948                                                        |  |
| 18 - UF                                                  |  | 41                                                           |  |
| 19 - Código CBO                                          |  | 225270                                                       |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante              |  |                                                              |  |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados |  |                                                              |  |
| 21 - Caráter Atendim.                                    |  | 22 - Data da Solicitação                                     |  |
| 2                                                        |  | 17/05/2024                                                   |  |
| 23 - Indicação Clínica                                   |  |                                                              |  |
| 24 - Tabela                                              |  | 25 - Código do Procedimento                                  |  |
|                                                          |  | 26 - Descrição                                               |  |
|                                                          |  |                                                              |  |
| 27 - OI.Solic.                                           |  | 28                                                           |  |
| Dados do Contratado Executante                           |  |                                                              |  |
| 29 - Código na Operadora                                 |  | 30 - Nome do Contratado                                      |  |
| 59                                                       |  | ANDREA FINATTO                                               |  |
| Dados do Atendimento                                     |  |                                                              |  |
| 32 - Tipo Atendimento                                    |  | 33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada             |  |
| 04                                                       |  | 9                                                            |  |
| 34 - Tipo de Consulta                                    |  | 35 - Motivo da Encerramento do Atendimento                   |  |
| 1                                                        |  |                                                              |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados    |  |                                                              |  |
| 36 - Data                                                |  | 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final                            |  |
| 1 17/05/2024                                             |  | 20:24:53 20:24:53                                            |  |
| 39 - Tabela                                              |  | 40 - Procedimento                                            |  |
|                                                          |  | 10101039                                                     |  |
| 41 - Descrição                                           |  | 42 - Qtd                                                     |  |
| Consulta em pronto socorro                               |  | 001                                                          |  |
| 43 - Via                                                 |  | 44 - Tec                                                     |  |
|                                                          |  |                                                              |  |
| 45 - Fator Rad./Anesc                                    |  | 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 OPMs (R\$)                                     |  |
|                                                          |  |                                                              |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)                         |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)                         |  |
|                                                          |  |                                                              |  |
| 65 - Total Geral (R\$)                                   |  |                                                              |  |
|                                                          |  |                                                              |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização          |  |                                                              |  |
| Assinatura do Beneficiário ou Responsável                |  |                                                              |  |
| Assinatura do Contratado                                 |  |                                                              |  |
| ALESSANDER. Data/Hora: 17/05/2024 20:25:38               |  |                                                              |  |
| Conta/Lote: 2398315                                      |  |                                                              |  |
| Atendimento: 4346778                                     |  |                                                              |  |
| Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA                 |  |                                                              |  |
| 2298315                                                  |  |                                                              |  |

1 - Registro ANS 0  
5 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização  
5 - Senha

6 - Data Validade da Senha  
7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora  
8 - Número da Carteira 278439  
9 - Validade da Carteira  
10 - Nome CECILIA GABRIELA CICHOCKI GOMES  
11 - Cartão Nacional de Saúde  
12 - Atendimento a RH N

Dados do Beneficiário  
13 - Código na Operadora 59  
14 - Nome do Contratado ALLANA GOETTEN

Dados do Solicitante  
15 - Nome do Profissional Solicitante ALLANA GOETTEN  
16 - Conselho Profissional 6  
17 - Número no Conselho 51245  
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 17/05/2024  
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 1  
25 - Código do Procedimento 40804011  
26 - Descrição RX - Bacila  
27 - Qlde. Solic. 1  
28 - Qlde. 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 - Qlde. | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fat Red/Acresc | 46 - Valor Unitário(R\$) | 47 - Valor Total(R\$) |
| 1- 11/11/11                                           | 11                | 11              | 11          | 11                          | 11             | 11         | 11       | 11        | 11                  | 11                       | 11                    |
| 2- 11/11/11                                           | 11                | 11              | 11          | 11                          | 11             | 11         | 11       | 11        | 11                  | 11                       | 11                    |
| 3- 11/11/11                                           | 11                | 11              | 11          | 11                          | 11             | 11         | 11       | 11        | 11                  | 11                       | 11                    |
| 4- 11/11/11                                           | 11                | 11              | 11          | 11                          | 11             | 11         | 11       | 11        | 11                  | 11                       | 11                    |
| 5- 11/11/11                                           | 11                | 11              | 11          | 11                          | 11             | 11         | 11       | 11        | 11                  | 11                       | 11                    |

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. 11/11/11 2. 11/11/11 3. 11/11/11 4. 11/11/11 5. 11/11/11 6. 11/11/11 7. 11/11/11 8. 11/11/11 9. 11/11/11 10. 11/11/11

58 - Observações / Justificativa  
59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)  
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
68 - Assinatura do Contratado



Prescrição.: 6587046                      Data Prescrição: 17/05/2024 21:02  
Setor Solic: EMERGENCIA CONVENIOS                      NR Carteira: 278439  
Atendimento: 4346778                      Validade:  
Paciente...: 366280 - CECILIA GABRIELA CICHOCKI GOMES Nasc: 16/06/2014 9a 11m 1d  
Origem Atd.: EMERGENCIA CONVENIOS                      Classificação de Risco: N URG  
Convênio...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA                      Serviço: ORTOP. E TRAUMATOLOGIA PEDIAT.  
Prestador...: 51245 ALLANA GOETTEN  
Acomodação.:                      Leito:  
Unid Intern:  
Cid.....: S300 CONTUSAO DO DORSO E DA PELVE                      Usuário: ALLANA.GOETTEN

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 BACIA (QUADRIL) | 1    |  1432851 | 17/05/2024 21:02 |          |                |  1862479 | 32040016 AT |
|                                |      | Observação:                                                                               | AP+ RÃ           |          |                |                                                                                             |             |

ALLANA GOETTEN  
CRM 51245

Adilson de Oliveira  
Tecnólogo em Radiologia  
CRTR 00391 N

Prontuário: 366280

Pedido: 1862479

Atend: 4346778

Paciente: **Cecilia Gabriela Cichocki Gomes**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Allana Goetten

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 17/05/2024

Dt Imagem: 17/05/2024

Dt Laudo: 05/06/2024 12:26:17

## RADIOGRAFIA DE BACIA

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital, sob radioscopia.

- Os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea normal.

- Cabeças femurais centradas nos acetábulos.

- Articulações sacro-ilíacas e da sínfise púbica com aspecto radiográfico habitual.

\*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 Nicoledelli  
CRM/PR: 14.702

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Cecília Gabriela Cichocki Gomes

Nº da Carteira: 2.78.439

Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 16/06/2014

Nº da Guia: 17875

| Data da Ocorrência | Horário  | Local        | Atividade    |
|--------------------|----------|--------------|--------------|
| 17/05/2024         | 17:00:00 | Sala de Aula | sala de aula |

## O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

## Partes do corpo

Genital

## Descrição

aluna estava sentada ate que um colega tropeçou e caiu com o cotovelo em sua região genital

## Testemunha da ocorrência

Monitor Caio

## Telefone

(41) 3097-7450

| 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

Aluna foi atendida na coordenação disciplinar e foi informado aos pais sobre o acontecido

Ass.:

*Fabio Bittencourt Machado*  
Coord. Disciplinar

Fabio Bittencourt Machado

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