

Agrupamento: 2

- CONTAS AMBULATORIAIS - P. S

Remessa: 235716

Competência: 04/2025

Convênio: 59

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Nota Fiscal:

Período

Entrega: 17/04/2025

RPS 605883



Tipo de Agrupamento: CONTA AMBULATORIAL

Início	Término	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
01/04/2025	01/04/2025	25930		25930 2546568	4621741 DAVI MIGUEL MANDARINI	3357383	86,41
03/04/2025	03/04/2025	26994		26994 2547746	4624121 PEDRO IRIODA DE PAULA	2117110	83,50
Total : 2							169,91
Total Geral : 2							169,91

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

2 - Nº Guia no Prestador 25930

1 - Registro ANS	000000	3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização	01/04/2025	5 - Senha	25930
6 - Nome do Beneficiário		7 - Número da Guia Arquivada pela Operadora	25930

8 - Número da Carteira	3357383	9 - Validade da Carteira	31/12/2026	10 - Nome	DAVI MIGUEL MANDARINI	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	JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	16 - Conselho Profissional	6	17 - Número no Conselho	26551	18 - UF	41	19 - Código CBO	225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

21 - Caracter Atendimento	2	22 - Data da Solicitação	01/04/2025	23 - Indicação Clínica	
---------------------------	---	--------------------------	------------	------------------------	--

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qi Solic.	28 - Qi Autoriz.
-------------	-----------------------------	----------------	----------------	------------------

29 - Código na Operadora	76591569000130	30 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			31 - Código CNES	15563
--------------------------	----------------	-------------------------	--	--	--	------------------	-------

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados												
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via	44 - Tce	45 - Fato Red./Acesso	46 - Valor Unidade (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	
1	01/04/2025	17:54:00	17:54:00	22	40803058	RX - Omoplata ou escápula				001	1.00	86,41

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)							
48 - Seg. 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 Site										57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /	

58 - Observações / Justificativa													
59 - Total Procedimentos (R\$)	86,41	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	0,00	61 - Total Materiais (R\$)	0,00	62 - Total de OPIs (R\$)	0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$)	0,00	64 - Total de Causas Medicais (R\$)	0,00	65 - Total Geral (R\$)	86,41

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 13786783

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal
13786782

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

3357383

9 - Validade da Carteira

31/12/2026

10 - Nome

DAVI MIGUEL MANDARINI

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

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

26551

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter. Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

01/04/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql.Solic.

28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

59

30 - Nome do Contratado

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

31 - Código CNES
15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

04

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

01/04/2025

37 - Hora Inicial/38-Hora Final

16:22:13 16:22:13

39 - Tabela

10101039

40 - Procedimento

Consulta em pronto socorro

41 - Descrição

42 - Qlde

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 operador/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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

1- / /

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 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 Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

RITALIMA

Data/Hora: 01/04/2025 16:22:32

Contat.Lote: 2546568

Atendimento: 4621741

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2546568

CMAC 26.01.1106 1371



Prontuário: 675600

Pedido: 2026886

Atend: 4621741

Paciente: **Davi Miguel Mandarin**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Frederico Antonio Reis Brandao

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 01/04/2025

Dt Imagem: 01/04/2025

Dt Laudo: 03/04/2025 14:21:46

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital, em AP e P.

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

1 - Registro ANS 0		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Semha	
6 - Data Validade da Semha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 3357383		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome DAVI MIGUEL MANDARINI		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
Dados do Beneficiário			
13 - Código na Operadora 59		14 - Nome do Contratado FREDERICO ANTONIO REIS BRANDAO	
15 - Nome do Profissional Solicitante FREDERICO ANTONIO REIS BRANDAO			
16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 56223	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caracter Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 01/04/2025	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento 40803058	
26 - Descrição RX - Ortopedia ou escápula		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 - Faixa Recid/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/CNPJ		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 OPIE (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Médicos (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 01/04/2025 17:54:40

Atendimento: 4024741 Convenio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4621741

[Handwritten signature]
Carimbo: 01/04/2025 17:54:40

OK1
9

Prescrição.: 7278851 Data Prescrição: 01/04/2025 17:52
Setor Solic: EMERGENCIA CONVENIOS NR Carteira: 3357383
Atendimento: 4621741 Validade:
Paciente....: 675600 - DAVI MIGUEL MANDARINI Nasc: 02/06/2016 8a 9m 29d
Origem Atd.: EMERGENCIA CONVENIOS Classificação de Risco: N URG
Convênio....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Serviço: ORTOP. E TRAUMATOLOGIA PEDIAT.
Prestador...: 56223 FREDERICO ANTONIO REIS BRANDAO
Acomodação.: Leito:
Unid Intern:
Cid.....: S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO Usuário: FREDERICO BRANDAO

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 OMOPLATA OU OMBRO-FUNCIONAL	1	 1549004 Observação: DIREITO AP+P	01/04/2025 17:52			 2026886 AT	32030053

FREDERICO ANTONIO REIS BRANDAO
Médico
CRM-MF 56223

FREDERICO ANTONIO REIS BRANDAO
CRM 56223

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Miguel Mandarini
Nº da Carteirinha: 3.357.383
Instituição: Colégio Adventista Colombo



Data de Nascimento: 02/06/2016

Nº da Guia: 25930

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/04/2025	15:02:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Ombro Direito, Braço Direito

Descrição

Aluno estava participando da aula de educação física, quando se chocou com colega que estava correndo, o que lhe fez cair batendo o ombro direito com força no chão, foi colocado bolsa de gelo no local, mas continua se queixando de dor.

Testemunha da ocorrência

Professor

Telefone

(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Larissa

Data

01/04/2025

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

Entrado em contato com a família.

Ass.: _____

Larissa Lima Silva

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

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

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

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 26994

1 - Registro ANS 000000 5 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 03/04/2025 5 - Senha 26994 6 - Data Validade da Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2117110 9 - Validade da Carteira 31/12/2025 10 - Nome PEDRO IRIODA DE PAULA

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 STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 03/04/2025 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

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

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 76591569000130 30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 03/04/2025 37 - Hora Inicial 15:02:00 38 - Hora Final 15:02:00 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qlde 001 43 - Via 44 - Tec 1.00 45 - Fator Red/Acrease 83.50 46 - Valor Unitário (R\$) 83.50 47 - Valor Total (R\$) 83.50

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

48 - Seq. Rel. 49 - Grau Part 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

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

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

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 83.50 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPIHE (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Casos Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 83.50

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

TALITA. Data/Hora: 16/04/2025 15:54:24 Contab.ole: 2547746 Atendimento: 4624121 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2547746

1 / 1

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

2 - Nº Guia no Prestador 26994

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	26994
4 - Data de Autorização	5 - Senha
03/04/2025	26994
6 - Data Validade da Senha	
26994	

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
2117110	31/12/2025
10 - Nome	
PEDRO IRIODA DE PAULA	
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
STANLEY JOAO LUAN CAMACHO	6
17 - Número no Conselho	18 - UF
5215	41
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
225124	

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados	
21 - Caracter Atendimento	22 - Data da Solicitação
2	03/04/2025
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	30 - Nome do Contratado
59	STANLEY JOAO LUAN CAMACHO
31 - Código CNES	
15563	

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados												
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	
1	03/04/2025	14:48:31	14:48:31	22	10101039					001	1.00	189.07
Consulta em pronto socorro												

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

48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CNPJ	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1.	/ /	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 OFME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
189.07	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	189.07

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Pedro Iríoda de Paula

Nº da Carteira: 2.11.7110

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro

Data de Nascimento: 16/05/2013

Nº da Guia: 26994

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/04/2025	12:08:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça, Glúteos

Descrição

Na saída da aula, o aluno foi jogar bola e acabou caindo no chão, batendo a cabeça, o as costas, sentindo dor imediatamente no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jubiel	(41) 3225-1920

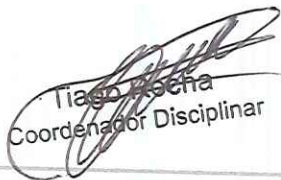
Quem prestou primeiros socorros	Data
Jubiel	03/04/2025

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

Observações

O aluno foi atendido pelo monitor, foi colocado gelo na cabeça e feito o contato com a mãe, para o encaminhamento ao hospital.

Ass.:


Tiago Rocha
Coordenador Disciplinar

Tiago Rocha de Oliveira

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



HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE

SOULMV - Sistema de Gerenciamento de Unidade

Relatório de Solicitação de Exames

Página: 1 / 1
Emitido Por: STANLEY.CAMACHO
Data: 03/04/2025 15:02

Prescrição.: 7283604 Data Prescrição: 03/04/2025 15:02
Setor Solic: EMERGENCIA CONVENIOS NR Carteira: 2117110
Atendimento: 4624121 Validade:
Paciente....: 197476 - PEDRO IRIODA DE PAULA Nasc: 16/05/2013 11a 10m 18d
Origem Atd.: EMERGENCIA CONVENIOS Classificação de Risco: URG
Convênio....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Serviço: PEDIATRIA
Prestador...: 5215 STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO
Acomodação.: Leito:
Unid Intern:
Cid.....: S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABECA, PARTE NAO ESPECIFICADA
STANLEY.CAMACHO

Usuário:

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	1	 1549915	03/04/2025 15:02			 2028147 AT	32010010

STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO
CRM 5215

Kamila da Silva
Téc. Radiologia
CRTR 04752T



Prontuário: 197476

Pedido: 2028147

Atend: 4624121

Paciente: **Pedro Irioda De Paula**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Stanley Joao Lujan Camacho

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 03/04/2025

Dt Imagem: 03/04/2025

Dt Laudo: 04/04/2025 09:44:21

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