



Faturas por paciente

Fatura nº		Convênio		Protocolo		Nota Fiscal		RPS		Vencimento		
054000/2022		304 INST. ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE								30110122		
Item	Paciente	Médico	Atendimento	Guia	Senha	Matrícula	Data e Hora de Entrada	Total	Tx.	Cons		
0001	BERNARDO MAGANHÁ BUENO	8961	NILTON KIESEL FILHO	3786175		2337242	23/08/2022 14:28:00	145,53	51,86	197,39		
0002	ISABELA PINTO DE CAMPOS	41383	MAISA ANDRESSA SOHN	3775908		0	12/08/2022 12:46:00	145,53	51,86	197,39		
0004	LUCAS BIDA KOKOT	14627	MARIA DE FÁTIMA SAMPAIO SANTOS	3781095		2117413	17/08/2022 19:30:00	189,19	51,86	241,05		
0003	ROGERIO TOMAS FILHO	3627	ANTONIO RAMOS OLIVEIRA	19723		7584	30/08/2022 15:01:00	145,53	51,86	197,39		
Total										625,78	207,44	833,22
Total da Fatura (Valor+Taxa):										54000/2022		



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

2 - Nº Guia no Prestador 3786175000000

1 - Registro ANS	000000	3 - Número da Guia Principal	3786175000000
4 - Data da Autorização	23/08/2022	5 - Senha	7443
Dados do Beneficiário		6 - Data Validade da Senha	19701
8 - Número da Carteira	2337242	9 - Validade da Carteira	30/12/2023

Dados do Solicitante		10 - Nome	BERNARDO MAGANHA BUENO	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		16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
NILTON KIESEL FILHO		6	8961	41	225124	Dr. Milton Kiesel Filho CRM 8961-PR
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados						
21 - Caracter Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica				
2	23/08/2022					

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

Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado	31 - Código GNES
29 - Código na Operadora	59	NILTON KIESEL FILHO	15563
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11		9	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data	37 - Hora Inicial/38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição
		1	23/08/2022 14:28:48 14:28:48	22	10101039	Consulta em pronto socorro
		001				
		42 - Qlde				
		43 - Via				
		44 - Tec				
		45 - Valor Red./Acresc				
		46 - Valor Unitário (R\$)				
		47 - Valor Total (R\$)				
		345,53				

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

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

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
						345,53
56 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
58 - Assinatura do Contratado						
Dr. Milton Kiesel Filho CRM 8961-PR						

NILTON FILHO	Data/Hora: 23/08/2022 14:46:38	Conta/Lote: 2084820	Atendimento: 3786175	Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	2084820	1 / 1
--------------	--------------------------------	---------------------	----------------------	--	---------	-------

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bernardo Maganha Bueno

Nº da Carteira: 2.33.7242

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 19/04/2017

Nº da Guia: 7443



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/08/2022	13:20:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Cabeça

Descrição

Durante a aula de música ocorreu um acidente, caindo a porta da sala na cabeça do aluno.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gabriel Morales	(41) 99921-6769

Quem prestou primeiros socorros	Data
Danielo Torino	23/08/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV	Rua XV de Novembro	2223	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

Contato realizado com a responsável e encaminhado para o Hospital Pequeno Príncipe.

Ass.: _____

Gabriel Morales
Vice - Diretor Escolar

Gabriel Morales

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 3775908000000

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal 3775908000000		5 - Senha		6 - Data da Autorização		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N			
Dados do Beneficiário				9 - Validade da Carteira 30/07/2023				10 - Nome ISABELA PINTO DE CAMPOS							
8 - Número da Carteira 0000		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 41383		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
15 - Nome do Profissional Solicitante MAISA ANDRESSA SOHN		21 - Caráter Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 12/08/2022		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Q. Autoriz.			
Dados do Contratado Executante				30 - Nome do Contratado MAISA ANDRESSA SOHN				31 - Código CNES 15563							
Dados do Atendimento				32 - Tipo de Atendimento 11				34 - Tipo de Consulta 9				35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 12/08/2022 12:46:15 12:46:15 22				39 - Tabela 40 - Procedimento 10101039				41 - Subscrição 42 - Cide 001			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.				50 - Código na operador/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 - Assinatura do Responsável pela Autorização				66 - Assinatura do Contratado				67 - Total Geral (R\$)			
68 - Assinatura do Contratado				69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				70 - Total Geral (R\$)				71 - Total Geral (R\$)			

Dados do Aluno

Ano: **2022**

Data Matrícula: **18/07/2022**

Nome: **Isabela Pinto de Campos (8403)** Curso: **9º Ano** Turma: **EF9MB**
Sexo: **M** Data Nascimento: **20/02/2008** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Santo Antônio da Platina** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Joaquim Telêmaco Carneiro, 120** Complemento: **Ap 0031 Bl 06**
Bairro: **Santa Cândida** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82640-200**
Cert. Nascimento: **14399**
Cert. Nascimento Livro: **42A** Cert. Nascimento Folha: **284**
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório: **Comarca de Ribeirão Pinhal**
Cert. Nascimento Cidade: **Ribeirão Pinhal** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **144468546** O. Exp: **semp** UF: **PR** Data: **27/04/2015** CPF: **119994669-93** INEP
E-Mail:
Tipo de Sangue/Fator RH: **O** Cor/ Raça: **Religiao: Quadrangular**
Telefones: **Nº:**
Pode sair sozinho? **Sim** Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **Nome: Luiz Antonio Pereira de Campos** Naturalidade: **Nacionalidade:**
Nascimento: **Estado Civil:** Identidade: **O. Exp:** UF: **Data Emissão:**
Grau de Instrução: **Endereço:**
Complemento: **Bairro:** Cidade: **UF:** CEP:
Cx. Postal: **E-Mail:** Religião:
Telefones:

Dados da Mãe

CPF: **036288649-09** Nome: **Alessandra de Cássia da Silva Pinto de** Naturalidade: **Nacionalidade: Brasileira**
Nascimento: **06/12/1981** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8350925-2** O. Exp: **semp** UF: **pr** Data Emissão: **13/05/2015**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Joaquim Telêmaco Carneiro, 120**
Complemento: **ap 31 bl 06** Bairro: **Santa Cândida** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82640-200**
Cx. Postal: **E-Mail: camposalessandra136@gmail.com** Religião: **Quadrangular**
Telefones: **Celular: 41987604627 |**

Dados do Responsável Legal

CPF: **036288649-09** Nome: **Alessandra de Cássia da Silva Pinto de** Naturalidade: **Nacionalidade: Brasileira**
Nascimento: **06/12/1981** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8350925-2** O. Exp: **semp** UF: **pr** Data Emissão: **13/05/2015**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Joaquim Telêmaco Carneiro, 120**
Complemento: **ap 31 bl 06** Bairro: **Santa Cândida** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82640-200**
Cx. Postal: **E-Mail: camposalessandra136@gmail.com** Religião: **Quadrangular**
Telefones: **Celular: 41987604627 |**

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **036288649-09** Nome: **Alessandra de Cássia da Silva Pinto de** Naturalidade: **Nacionalidade: Brasileira**
Nascimento: **06/12/1981** Estado Civil: **Casado** Identidade: **8350925-2** O. Exp: **semp** UF: **pr** Data Emissão: **13/05/2015**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Joaquim Telêmaco Carneiro, 120**
Complemento: **ap 31 bl 06** Bairro: **Santa Cândida** Cidade: **Curitiba** UF: **PR** CEP: **82640-200**
Cx. Postal: **E-Mail: camposalessandra136@gmail.com** Religião: **Quadrangular**
Telefones: **Celular: 41987604627 |**

Deferimento

Data: **___/___/___**

☐ Deferido ☐ Indeferido

Rovena Maria Della Santa Carniatto
Administrador Escolar - Ato nº ATO -
3955/2019

Vânia Teodoro Fogaça Pereira da Silva
Secretário(a) - Ato nº ATO - 1070/2021

Responsável

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

2 - Nº Guia no Prestador: 19723



1 - Registro ANS 0		3 - Número da Guia Principal		6 - Data Validade da Sertha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Sertha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
8 - Número da Carteira		7584		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
Dados do Beneficiário		DADOS DO SOLICITANTE		DADOS DO SOLICITANTE		DADOS DO SOLICITANTE		DADOS DO SOLICITANTE		DADOS DO SOLICITANTE	
13 - Código na Operadora		59		14 - Nome do Contratado		ANTONIO RAMOS DE OLIVEIRA		15 - Nome do Profissional Solicitante		ANTONIO RAMOS DE OLIVEIRA	
21 - Caráter Atendim.		2		22 - Data da Solicitação		30/08/2022		16 - Conselho Profissional		6	
24 - Tabela		22		25 - Código do Procedimento		40801012		17 - Número no Conselho		3627	
26 - Descrição		RX - Crânio - 2 incidências		27 - Qtd. Solic.		1		18 - UF		41	
28 - Qtd. Aut.				29 - Código do Procedimento				19 - Código CBO		225124	
30 - Nome do Contratado		ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES		15563		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		[Assinatura]	
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada)		34 - Tipo de Consulta		1		21 - Assinatura do Profissional Solicitante		[Assinatura]	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		5		36 - Hora Inicial		37 - Hora Final		22 - Assinatura do Profissional Solicitante		[Assinatura]	
38 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		23 - Indicação Clínica		TCE	
42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fat Rad/Acresc		24 - Assinatura do Profissional Solicitante		[Assinatura]	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref.		49 - Grau Part.		25 - Assinatura do Profissional Solicitante		[Assinatura]	
50 - Nome do Profissional		51 - Nome do Profissional		52 - Cons Profissional		53 - Número no Conselho		26 - Assinatura do Profissional Solicitante		[Assinatura]	
54 - UF		55 - Código CBO		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		27 - Assinatura do Profissional Solicitante		[Assinatura]	
58 - Observações / Justificativa		59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Materiais (R\$)		28 - Assinatura do Profissional Solicitante		[Assinatura]	
62 - Total de Medicamentos (R\$)		63 - Total de Gases Medicinais (R\$)		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total de Gases Medicinais (R\$)		29 - Assinatura do Profissional Solicitante		[Assinatura]	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado		30 - Assinatura do Profissional Solicitante		[Assinatura]	

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 30/08/2022 15:01:56

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE

Atendimento: 3792501

3792501

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rogerio Tomas Filho
Nº da Carteira: 2.37.6602
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 18/10/2016

Nº da Guia: 7584

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/08/2022	13:24:00	Sala de Aula	Chegada

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Rosto

Descrição

O aluno, chegou correndo em direção a sua sala, no corredor escorregou e caiu chocando a testa no chão. O local ficou inchado, roxo e com escoriações.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Valéria Miranda

(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros

Data

Valéria

30/08/2022

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital XV

Rua XV de Novembro

2223

Alto da Xv

(41) 3218-2000

(41) 3218-2181

Observações

O aluno, foi atendido pela Orientadora, que encaminhou para o Hospital de Referência.

Ass.:

Alexandro Gaspar
Vice Diretor Escolar
CAC

Alexandro Antônio Procópio Gaspar

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 3781095000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização 17/08/2022	5 - Senha ATIVO	9 - Validade da Carteira 31/12/2022	10 - Nome LUCAS BIDA KOKOT		N
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 2117413					

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 MARIA DE FATIMA SAMPAIO SANTOS	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 14627	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados					
21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 17/08/2022	23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição			

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 11	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9				
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição

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 11	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9				
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição

42 - Qlde	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
				30%	589,39

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série					
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -
/	/	/	/	/	/
7 -	8 -	9 -	10 -	11 -	12 -
/	/	/	/	/	/

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					

MARIA.SANTOS Data/Hora: 17/08/2022 19:30:55					
Conta/Lote: 2081715					
Atendimento: 3781095					
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA					
2081715					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucas Bida Kokot

Nº da Carteirinha: 2.11.7413

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 27/05/2014

Nº da Guia: 7330



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/08/2022	18:07:00	Playground (Ex.: parquinho)	Atividade do contraturno.

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

O aluno estava em atividade recreativa no contraturno, e após sofrer uma trombada de um colega, caiu batendo a cabeça no chão.

Testemunha da ocorrência

Prof. Vanessa

Telefone

(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros

Prof. Vanessa

Data

17/08/2022

Local de atendimento

HPP - Hospital Pequeno Príncipe

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde, Curitiba
- PR

Telefone

(41) 3310-1000
(41) 3310-1326

Observações

Aplicado gelo no local e contato com o responsável legal.

Ass.:

Lairton Carpes - Teste

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