

Remessa: 240101 Competência: 07/2025
Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Entrega: 01/07/2025



Período				Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
Início	Término	Guia TISS	Guia				
					DAIANNA DOS ANJOS DE LIMA	2326193	90,41
13/06/2025	13/06/2025	29548	29548	2590305	4695237	369032	90,41
16/06/2025	16/06/2025	29605	29605	2591774	4697481	2377885	83,50
09/06/2025	09/06/2025	29304	29304	2587622	4690243	33571412	90,41
02/06/2025	02/06/2025	29017	29017	2583297	4683151	2117587	90,41
04/06/2025	04/06/2025	29170	29170	2584902	4685837	2377858	90,41
12/06/2025	12/06/2025	29495	29495	2589682	4694075	2118725	90,41
02/06/2025	02/06/2025	29011	29011	2583208	4683037	Total : 7	625,96

Total :	7	625,96
Total Geral :	7	625,96



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

2 - Nº Guia no Prestador 29548

1 - Ingresso ANS

000000

2 - Número da Guia Primária

26/06/2025

3 - Sembr

26/06/2025

29548

4 - Data de Autorização

29548

5 - Número da Guia Alinhado pela Operadora

6 - Número da Carteira

2326193

7 - Validade da Carteira

30/06/2025

8 - Nome

DAIANNA DOS ANJOS DE LIMA

9 - Cartão Nacional de Saúde

10 - Atendimento

N

11 - Dados do Solicitante

12 - Código de Operadora

76591569000130

13 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

14 - Nome do Profissional Solicitante

NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN

15 - Conselho Profissional

6

16 - Número no Conselho

11611

17 - UF

41

18 - Código CBO

225124

19 - Assinatura do Profissional Solicitante

20 - Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Carteira Acadêmica

13/06/2025

22 - Data da Solicitação

13/06/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QI Sade

28 - QI Anamnese

29 - Dados do Contratado Executante

30 - Código de Operadora

76591569000130

31 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

32 - Código

1556

33 - Dados do Atendimento

34 - Tipo Atendimento

04

35 - Indicação de Acolhimento (Acolhimento ou Doença Relacionada)

9

36 - Tipo de Consulta

1

37 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento

38 - Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

39 - Data

13/06/2025

40 - Hora Inicial

17:42:00

41 - Hora Final

17:42:00

42 - Procedimento

40801020

43 - Descrição

RX - Cranio - 3 incidencias

44 - QI Sade

001

45 - QI Sade

1.00

46 - Fato Resol. Inspec.

90.41

47 - Valor Total (R\$)

90.41

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

48 - Selo Prof.

49 - Grau Prof.

50 - Código de Operadora

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Honorários (R\$)

62 - Total de Consultas (R\$)

63 - Assinatura do Responsável pela Autorização

90.41

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

0.00

90.41

AMANDA KUBIS Data/Hora

26/06/2025 15:21:20

Contat/Lote: 2590305

Atendimento: 4695237

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2590305

1 / 1

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

2 - Nº Guia no Prestador 29548

1 - Registro ANS 000000
2 - Número da Guia Principal 29548

3 - Data de Autorização

4 - Data Validade da Guia

5 - Número da Guia Autorizado pelo Operadora

29548

Dados do Beneficiário

6 - Número da Carteira

2326193

7 - Validade da Carteira

30/06/2025

8 - Nome

DAIANNA DOS ANJOS DE LIMA

9 - Cartão Nacional de Saúde

10 - Atendimento a

Dados do Solicitante

11 - Código de Operadora

76591569000130

12 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

13 - Nome do Profissional Solicitante

NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN

14 - Conselho Profissional

6

15 - Número no Conselho

11611

16 - UF

41

17 - Código CBO

225124

18 - Assinatura do Profissional Solicitante

19 - Carteira Atendim.

13/06/2025

20 - Indicação Clínica

21 - Tipo de Procedimento

2

22 - Data de Procedimento

23 - Descrição

Dados do Contrato / Executante

24 - Código na Operadora

59

25 - Nome do Contratado

NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN

Dados do Atendimento

26 - Tipo de Atendimento

04

27 - Indicação de Atendimento (Acidente ou Doença Relatada)

9

28 - Tipo de Consulta

1

29 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

30 - Data 31 - Hora Inicial 32 - Hora Final 33 - Tabeta 34 - Procedimento 35 - Descrição 36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabeta 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Data 43 - Hora Inicial 44 - Hora Final 45 - Fator Reduzido 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

13/06/2025 17:32:38 17:32:38 22 10101039 Consulta em pronto socorro

001

1.00

189.07

189.07

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

48 - Data Nat. 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 - / /

2 - / /

3 - / /

4 - / /

5 - / /

6 - / /

7 - / /

8 - / /

9 - / /

10 - / /

38 - Observações / Avaliação

59 - Total Procedimentos (R\$) 189.07

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

61 - Total Material (R\$) 0.00

62 - Total de OPIAE (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00

64 - Total de Custos Médicos (R\$) 0.00

65 - Total Geral (R\$) 189.07

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AFONSINA. Data/Hora: 23/06/2025 12:58:35

Contato: 2590305

Atendimento: 4695237

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



Unidade Adm. de Curitiba

1 - Registro ANS 0

2 - Data da Atuação

3 - Série

4 - Data validade da Sanha

5 - Número da Guia Autorizada pelo Operador

Dados do Beneficiário

6 - Número da Carteira

7 - Validade da Carteira

8 - Nome

9 - Nome

10 - Cartão Nacional de Saúde

11 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados do Solicitante

12 - Código na Operadora

59

13 - Nome do Contratado

NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN

14 - Nome do Profissional Solicitante

NEUMA MARILIA MARTINS DA SILVA KORMANN

15 - Conselho Profissional

6

16 - Número no Conselho

11611

17 - UF

41

18 - Código CBO

225124

19 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

20 - Características

2

21 - Data da Solicitação

13/06/2025

22 - Indicação Clínica

23 - Data

24

25 - Código do Procedimento

40501020

26 - Descrição

RA - Canto 2 pedras

27 - Data Solic.

28 - Data Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

30 - Código CNES

15563

Dados do Atendimento

31 - Tipo Atendimento

32 - Indicação de Atendimento (Acidente ou Doença Razonável)

33 - Tipo de Consulta

34 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

35 - Data

36

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Data 40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Odo

43

44 - Via

45 - Falt. Res. / Assoc. de Valor Unitário (R\$)

46 - Valor Total (R\$)

47

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

48 - Seq. Rel. 49 - Grau Part.

50 - Código na operadora / CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Cont. Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Anotações

59 - Total Procedimento (R\$)

60 - Total Taxas e Anuidades (R\$)

61 - Total Medicinas (R\$)

62 - Total de CPNE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Outros Medicamentos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura e Responsabilidade para Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por ACCESSOPRD

Data/Hora: 13/06/2025 17:43:00

Atendimento: 4695237

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4695237

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Daianna dos Anjos de Lima

Nº da Carteira: 2.32.6193

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão



Data de Nascimento: 12/03/2018

Nº da Guia: 29548

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/06/2025	11:40:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Cabeça

Descrição

A aluna estava em sala e um outro aluno correu em direção a ela e chocou-se causando uma queda, e na queda a aluna bateu a cabeça na carteira.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Tatiana

(41) 3581-8600

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça

Rua Desembargador Motta

107
0

Água Verde,
Curitiba - PR

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

Observações

A professora fez o primeiro atendimento e encaminhou para colocar um gelo no local da pancada.

Thiago Andrews Carvalho

Vice Diretor

CAAB

Ass.:

Thiago Andrews Carvalho

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



Prontuário: 451759

Pedido: 2069074

Atend: 4695237

Paciente: **Daianna Dos Anjos De Lima**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Neuma Marilia Martins Da Silva Kormann

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 13/06/2025

Dt Imagem: 13/06/2025

Dt Laudo: 16/06/2025 08:53:28

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 29605

1 - Registro ANS 0 - Número da Guia Principal

000000

4 - Data de Autuação 5 - Sentença

6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Anterior pelo Operadora

29605

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

369032

9 - Validade da Carteira

30/06/2025

10 - Nome

GABRIEL TESKE POYER

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Acomodação
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

STANLEY JOAO LUAN CAMACHO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

5215

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira Atendim.

16/06/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Qx Solic

28 - Qx Autoriz

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código

1556

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 33 - Iniciação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

04

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

16/06/2025

37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela

16:57:00 16:57:00 22

40 - Procedimento

40901020

41 - Descrição

RX - Crânio - 3 incidências

42 - Códic

001

43 - Via

1.00

44 - Tcc

90.41

45 - F-360 Ref. Acetate

90.41

46 - Valor Unidade (R\$)

90.41

47 - Valor Total (R\$)

90.41

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

48 - Spec. Ref.

49 - Grau Part

50 - Código na Operadora

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 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

90.41

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de COTAC (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Outros Materiais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

90.41

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

TALITA.

Data/Hora: 01/07/2025 09:11:09

Cartão de: 2591774

Atendimento: 4697481

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2591774

1 - 1

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

2 - Nº Guia no Prestador 29605

1 - Registro ANS 000000 2 - Número da Guia Principal 29605 3 - Data de Autorização 4 - Data de Autorização 5 - Série 6 - Data Vencida da Série 7 - Número da Guia Atribuído para Operadora 29605 8 - Número da Carteira 369032 9 - Valor da Carteira 30/06/2025 10 - Nome GABRIEL TESKE POYER 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a N

Dados do Beneficiário 13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO 14 - Nome do Profissional Solicitante STANLEY JOAO LUAN CAMACHO 15 - Nome do Profissional Solicitante STANLEY JOAO LUAN CAMACHO 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 5215 18 - UF 41 19 - Código CBO 225124 20 - Assinatura do Profissional Solicitante 21 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 22 - Data da Solicitação 16/06/2025 23 - Indicação Clínica 24 - Tipo de Procedimento 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qx Solic 28 - Qx Autoriz

Dados do Contratado Executante 29 - Código no Operadora 59 30 - Nome do Contratado STANLEY JOAO LUAN CAMACHO 31 - Código 155 32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Atendimento (Acidente ou Doença Relatada) 34 - Tipo de Consulta 1 35 - Motivo da Encerramento do Atendimento 36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tipo de Procedimento 40 - Descrição 41 - Descrição 42 - Cx 43 - Via 44 - Tec 45 - Valor Real / Mese 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 1 16/06/2025 16:43:01 16:43:01 22 10101039 Consulta em pronto socorro 001 1.00 189.07 189.07

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tipo de Procedimento 40 - Descrição 41 - Descrição 42 - Cx 43 - Via 44 - Tec 45 - Valor Real / Mese 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 1 16/06/2025 16:43:01 16:43:01 22 10101039 Consulta em pronto socorro 001 1.00 189.07 189.07

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seq. Seq. 49 - Grau Prof. 50 - Código na Operadora/CP 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 58 - Observações / Justificativa 59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total da CP (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Cx de Medicamentos (R\$) 65 - Assinatura do Contratado 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado 69 - Total Geral (R\$) 189.07 70 - Total Geral (R\$) 189.07

AFONSINA. Data/Hora: 25/06/2025 15:09:56 Contat. Cel: 2591774 Atendimento: 4697481 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 2591774

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gabriel Teske Poyer
Nº da Carteirinha: 3.6.9032
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista

Data de Nascimento: 05/10/2018

Nº da Guia: 29605

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/06/2025	15:38:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Olho Direito, Olho Esquerdo, Rosto, Pescoço

Descrição

O aluno estava no intervalo brincando, ao correr escorregou e bateu a região frontal, sem sinais de inchaço, porém ele sentiu dor e vertigem.

Testemunha da ocorrência

Eduardo (monitor)

Eduardo (monitor)

Telefone

(41) 3028-5440

(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros

Rosane -monitora

Data

16/06/2025

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

Observações

O aluno foi atendido na sala de apoio e recebeu os primeiros socorros. Foi colocado gelo no local para aliviar a dor. Tentativa de contato com os responsáveis para informar o ocorrido e levar o aluno ao médico.

Ass.:

Jaques Henrique De Oliveira

Jaques Henrique De Oliveira

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA
SUL BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO
CNPJ 76.726.884/0057-82
Rua Fernando de Noronha, 470, Santa Cândida
Curitiba-PR, CEP 82640-350

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gabriel Teske Poyer
Nº da Carteira: 3.6.9032
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista

Data de Nascimento: 05/10/2018

Nº da Guia: 29605

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/06/2025	15:38:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Olho Direito, Olho Esquerdo, Rosto, Pescoço

Descrição

O aluno estava no intervalo brincando, ao correr escorregou e bateu a região frontal, sem sinais de inchaço, porém ele sentiu dor e vertigem.

Testemunha da ocorrência

Eduardo (monitor)

Telefone

(41) 3028-5440

Eduardo (monitor)

(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros

Rosane -monitora

Data

16/06/2025

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

Observações

O aluno foi atendido na sala de apoio e recebeu os primeiros socorros. Foi colocado gelo no local para aliviar a dor. Tentativa de contato com os responsáveis para informar o ocorrido e levar o aluno ao médico.

Ass.:

Jaques Henrique De Oliveira

Jaques Henrique De Oliveira

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA
SUL BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO
CNPJ 76.726.884/0057-82
Rua Fernando de Noronha, 470, Santa Cândida
Curitiba-PR, CEP 82640-350

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 29304

1 - Registro ANS

000000

2 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

09/06/2025

5 - Série

29304

6 - Data Validade da Série

29304

7 - Número da Guia Arquivada pela Operadora

8 - Número da Carteira

2377885

9 - Validade da Carteira

31/07/2025

10 - Nome

GAEL ARCANJO COUTINHO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento
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

STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

5215

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

09/06/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qx Solic.

28 - Qx Autenc.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código

1556

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

04

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

09/06/2025

37 - Hora Inicial

15:04:00

38 - Hora Final

15:04:00

39 - Tabela

40 - Procedimento

40901012

41 - Descrição

RX - Crânio - 2 incidências

42 - Qx

001

43 - Vix

1.00

44 - Tcc

83.50

45 - Valor Real (Acresc.)

83.50

46 - Valor Unitário (R\$)

83.50

47 - Valor Total (R\$)

83.50

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)

48 - Grau Prof.

49 - Grau Prof.

50 - Código na Operadora/CPV

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Saúde

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83.50

58 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

59 - Total Materiais (R\$)

0.00

60 - Total de OTRM (R\$)

0.00

61 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

62 - Total de Exames Médicos (R\$)

0.00

63 - Total Geral (R\$)

83.50

64 - Assinatura do Responsável pela Autorização

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Contratado

AMANDA KUBIS Data/Hora: 26/06/2025 15:11:52

Contat.cole: 2587622

Atendimento: 4690243

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2587622

1, 1

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

2 - Nº Guia no Prestador 29304

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Principal
000000	29304
4 - Data da Autorização	5 - Série
09/06/2025	29304
6 - Data Validade da Série	7 - Número da Guia Atrelado pela Operadora
	29304

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento
2377885	31/07/2025	Gael Arcanjo Coutinho		N

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	

21 - Caracter Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	09/06/2025	
24 - Título	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição

27 - QI-Soc	28 - QI-Autoriz

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
59	STANLEY JOAO LUAN CAMACHO

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

35 - Data de Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Título	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - QI-Soc	43 - QI-Autoriz	44 - Taxa	45 - Valor Real / Jornal	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	
1	09/06/2025	14:56:40	14:56:40	22	10101039	Consulta em pronto socorro					001	1,00	189,07

48 - Seq. Inicial	49 - Grau Part	50 - Código na Operadora/CNP	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 / Justificativas	59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Auspícios (R\$)	61 - Total Menores (R\$)	62 - Total de CPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Casos Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
	189,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	189,07

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



2587622

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gael Arcanjo Coutinho
Nº da Carteira: 2.37.7885
Instituição: Colégio Adventista Centenário

Data de Nascimento: 13/12/2019

Nº da Guia: 29304

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/06/2025	13:18:00	Corredor	Chegada

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com dispositivo fixo (**Ex.: bateu na parede, carteira**)

Rosto

Descrição

O aluno estava correndo em direção a sala, quando olhou para o primo, se chocou com a parede.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça

Rua Desembargador Motta

107
0 Água Verde,
Curitiba - PR

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

Observações

O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informado ao responsável e encaminhado ambos para o hospital de referência.

Ass.:

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Nailson Veras do Nascimento

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

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gael Arcanjo Coutinho
Nº da Carteira: 2.37.7885
Instituição: Colégio Adventista Centenário



Data de Nascimento: 13/12/2019

Nº da Guia: 29304

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/06/2025	13:18:00	Corredor	Chegada

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

Rosto

Descrição

O aluno estava correndo em direção a sala, quando olhou para o primo, se chocou com a parede.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

Local de atendimento

Endereço

Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça

Rua Desembargador Motta

Nº

Bairro

Telefone

107
0

Água Verde,
Curitiba - PR

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

Observações

O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informado ao responsável e encaminhado ambos para o hospital de referência.

Ass.:

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Nailson Veras do Nascimento

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

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

Prontuário: 713900

Pedido: 2066209

Atend: 4690243

Paciente: **Gael Arcanjo Coutinho**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Stanley Joao Lujan Camacho

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 09/06/2025

Dt Imagem: 09/06/2025

Dt Laudo: 09/06/2025 15:22:02

RADIOGRAFIA DE CRÂNIO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital, sob radioscopia.

Os seguintes aspectos foram observados:

Exame limitado à incidência frontal.

Estrutura óssea normal.

Ausência de calcificações patológicas.

*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.



Dra. Miriana de Lima Alves
CRM/PR: 31827

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

2 - Nº Guia no Prestador 29017

1 - Registro ANS 0000000

2 - Número da Guia Pericial

3 - Data da Autorização

4 - Sentença

5 - Data Validação da Sentença

6 - Número da Guia Atibuido pelo Operadora

17/06/2025

29017

29017

Dados do Beneficiário

7 - Nome do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento

33571412

02/06/2025

JOAO PEDRO CHIQUETO BRITTES ALV

N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

76591569000130

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION

6

21 - Cartão Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tipo de Atendimento

25 - Data da Execução / Procedimento e Exames Solicitados

26 - Descrição

27 - Qtd Sessões

28 - Qtd Autore

02/06/2025

2

Indicação Clínica

9

02/06/2025

2

Indicação Clínica

9

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Tipo de Atendimento

32 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada

33 - Tipo de Atendimento

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encerramento do Atendimento

36 - Código

76591569000130

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

04

9

04

1

31

1556

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd Sessões

02/06/2025

16:59:00

16:59:00

22

40801020

RX - Cranio - 3 incidencias

001

1.00

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd Sessões

43 - Valor Unitário (R\$)

02/06/2025

16:59:00

16:59:00

22

40801020

RX - Cranio - 3 incidencias

001

1.00

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd Sessões

43 - Valor Unitário (R\$)

02/06/2025

16:59:00

16:59:00

22

40801020

RX - Cranio - 3 incidencias

001

1.00

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd Sessões

43 - Valor Unitário (R\$)

02/06/2025

16:59:00

16:59:00

22

40801020

RX - Cranio - 3 incidencias

001

1.00

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd Sessões

43 - Valor Unitário (R\$)

02/06/2025

16:59:00

16:59:00

22

40801020

RX - Cranio - 3 incidencias

001

1.00

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd Sessões

43 - Valor Unitário (R\$)

02/06/2025

16:59:00

16:59:00

22

40801020

RX - Cranio - 3 incidencias

001

1.00

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd Sessões

43 - Valor Unitário (R\$)

02/06/2025

16:59:00

16:59:00

22

40801020

RX - Cranio - 3 incidencias

001

1.00

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd Sessões

43 - Valor Unitário (R\$)

02/06/2025

16:59:00

16:59:00

22

40801020

RX - Cranio - 3 incidencias

001

1.00

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd Sessões

43 - Valor Unitário (R\$)

02/06/2025

16:59:00

16:59:00

22

40801020

RX - Cranio - 3 incidencias

001

1.00

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd Sessões

43 - Valor Unitário (R\$)

02/06/2025

16:59:00

16:59:00

22

40801020

RX - Cranio - 3 incidencias

001

1.00

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd Sessões

43 - Valor Unitário (R\$)

02/06/2025

16:59:00

16:59:00

22

40801020

RX - Cranio - 3 incidencias

001

1.00

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd Sessões

43 - Valor Unitário (R\$)

02/06/2025

16:59:00

16:59:00

22

40801020

RX - Cranio - 3 incidencias

001

1.00

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd Sessões

43 - Valor Unitário (R\$)

02/06/2025

16:59:00

16:59:00

22

40801020

RX - Cranio - 3 incidencias

001

1.00

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd Sessões

43 - Valor Unitário (R\$)

02/06/2025

16:59:00

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

2 - Nº Guia no Prestador 29017

1 - Registro ANS

000000

2 - Número da Guia Original

29017

3 - Data de Autenticação

5 - Série

6 - Data Validação da Série

7 - Número da Guia Adicionado pelo Operadora

8 - Nome do Beneficiário

33571412

9 - Valor da Conta

02/06/2025

10 - Nome

JOAO PEDRO CHIQUETO BRITES ALV

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura

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

FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

16118

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

DR VICTORIA ROCHA DE SOUZA
Infectologia Clínica
CRM: 16775

21 - Caráter Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

02/06/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QI Sade

28 - QI A

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

59

30 - Nome do Contratado

FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION

Dados do Atendimento

31 - Tipo Atendimento

04

32 - Indicação de Atendimento (Acidente ou Doença Relatada)

9

33 - Tipo de Consulta

1

34 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

35 - Data

36 - Hora Inicial da Hora Final

37 - Tabela

38 - Procedimento

39 - Descrição

40 - Data

41 - Hora Inicial da Hora Final

42 - Tabela

43 - Procedimento

44 - Descrição

45 - Data

46 - Hora Inicial da Hora Final

47 - Tabela

48 - Procedimento

49 - Descrição

50 - Data

51 - Hora Inicial da Hora Final

52 - Tabela

53 - Procedimento

54 - Descrição

55 - Data

56 - Hora Inicial da Hora Final

57 - Tabela

58 - Procedimento

59 - Descrição

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

48 - Reg. 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 Sane

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativas

59 - Total Procedimentos (R\$)

189.07

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total Meninas (R\$)

0.00

62 - Total de OPMs (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Exames Laboratoriais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

189.07

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Profissional

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

FERNANDA, Data/Hora: 12/06/2025 09:57:18

Contato: 2583297

Atendimento: 4683151

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



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

2 - Nº Guia no Prestador 29017

1 - Registro ANS	5 - Número da Guia Principal
000000	29017
4 - Data da Autorização	5 - Série
6 - Data Validação da Série	7 - Número da Guia Autorizada pelo Operador
	29017

8 - Nome do Beneficiário	9 - Validação da Carteira	10 - Nome
	02/06/2025	JOAO PEDRO CHIQUETO BRITES ALV
11 - Nome do Contratado	12 - Código do Procedimento	13 - Cartão Nacional de Saúde
76591569000130		

14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION	6	16118	41	225124	Dr. VICTOR HORTENCIO DE S. COELHO

21 - Cartão Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - QI Solic.	28 - QI Solic.
2	02/06/2025						

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código
59	FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION	

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

36 - Data	37 - Hora Inicial da Consulta	38 - Tabela	39 - Procedimento	40 - Descrição	41 - QI Solic.	42 - QI Solic.	43 - QI Solic.	44 - QI Solic.	45 - Valor Unitário (R\$)	46 - Valor Total (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 02/06/2025	16:42:16	16:42:16	22	10101039	Consulta em pronto socorro				001	189.07	189.07

48 - Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)	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	58 - Total Procedimentos (R\$)	59 - Total Taxas e Abatidos (R\$)	60 - Total Materiais (R\$)	61 - Total de Consultas (R\$)	62 - Total de Medicamentos (R\$)	63 - Total de Exames Laboratoriais (R\$)	64 - Total Geral (R\$)
1 02/06/2025		189.07	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	189.07

65 - Observações / Justificativa	66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

FERNANDA

Data/Hora: 12/06/2025 09:57:18

Conta/Lote: 2583297

Atendimento: 4683151

Convênio:

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1 - Registro ANS 0

4 - Data da Autorização

5 - Número da Carteira

6 - Data Validade da Carteira

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

33571412

9 - Validade da Carteira

JOAO PEDRO CHIQUETO BRITES ALVES

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a

13 - Nome do Solicitante

FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION

14 - Nome do Contratado

FABIANA JUDITH ALMEIDA GAION

15 - Nome do Profissional Solicitante

21 - Cartão Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Data Solic.

28 - Data Aut.

29 - Data de Encerramento do Atendimento

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Aderência (Adesão ou Doença Relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela 40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Data

43 - Via

44 - Tec

45 - 1ª Recuperação do Valor Unitário (R\$)

46 - Valor Total (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq Ref

49 - Grau Part

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Data Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Contratado

59 - Observações / Justificativa

60 - Total Procedimentos (R\$)

61 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

62 - Total de Materiais (R\$)

63 - Total de Gastos Médicos (R\$)

64 - Total Geral (R\$)

65 - Assinatura do Contratado

66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Pedro Chiqueto Brittes Alves
Nº da Carteira: 3.357.1412
Instituição: Colégio Adventista Colombo



Data de Nascimento: 04/02/2016

Nº da Guia: 29017

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/06/2025	14:59:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

Rosto

Descrição

Durante a aula de educação física estava jogando bola, quando bateu seu rosto do lado esquerdo na parede da quadra, ao correr para pegar a bola, não havia visto que estava tão próximo da mesma, sem cortes ou arranhões, apenas dor leve.

Testemunha da ocorrência

Professor Anderson

Telefone

(41) 3028-5451

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Larissa

Data

02/06/2025

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

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

Prontuário: 713123

Pedido: 2062186

Atend: 4683151

Paciente: **Joao Pedro Chiqueto Brittes Alves**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Fabiana Judith Almeida Gaion

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 02/06/2025

Dt Imagem: 02/06/2025

Dt Laudo: 03/06/2025 09:02:33

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 29170

1 - Registro ANS		8 - Número da Guia Principal	
000000			
4 - Data de Autorização		5 - Série	
17/06/2025		29170	
6 - Data Validade da Série		7 - Número da Guia Atrelado pela Operadora	
		29170	
Dados do Beneficiário		10 - Nome	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
2117587		31/12/2025	
Dados do Solicitante		11 - Cartão Nacional de Saúde	
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	
EDUARDA FELSKY LUDWINSKY		6	
21 - Caracter Atendimento		17 - Número no Conselho	
2		59206	
22 - Data da Solicitação		18 - UF	
17/06/2025		41	
23 - Indicação Clínica		19 - Código CBO	
		225120	
24 - Tabela		25 - Descrição	
26 - Tabela		27 - QI Solic.	
		28 - QI Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
76591569000130		ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Atendimento (Acidente ou Doença Residual)	
04		9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento	
1			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data	37 - Hora Início	38 - Hora Final	39 - Tabela
04/06/2025	19:45:00	19:45:00	22
40 - Descrição		41 - Descrição	
RX - Cranio - 3 incidencias			
42 - QI	43 - Via	44 - Tabela	45 - Valor Realizado (R\$)
001		1.00	90.41
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)		
90.41	90.41		
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Data Nat.	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 Saúde			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
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 CPME (R\$)
90.41	0.00	0.00	0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Outros Materiais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	
0.00	0.00	90.41	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

AMANDA KUBIS Data/Hora: 17/06/2025 15:52:26

Contato: 2584902

Atendimento: 4685837

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1, 1



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

2 - Nº Guia no Prestador 14010574

1 - Registro ADE 000000
2 - Número da Guia Principal 14010573

3 - Data da Autorização 5 - Sentença 6 - Data Validade da Sentença 7 - Número da Guia Arquivado pelo Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira 2117587
9 - Validade da Carteira 31/12/2025
10 - Nome LUCAS CANETTE POLICARPO
11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Solicitante
12 - Código na Operadora 76591569000130
13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
14 - Nome do Profissional Solicitante EDUARDA FELSKY LUDWINSKY
15 - Nome do Profissional Solicitante EDUARDA FELSKY LUDWINSKY
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 59206
18 - UF 41
19 - Código CBO 225120

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
20 - Assinatura do Profissional Solicitante DR. VICTOR HORTENCIO DE S. COSTA
21 - Cuidador Assindm. 22 - Data da Solicitação 04/06/2025
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - Or. Sól. 28 - Or. Au.

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora 59
30 - Nome do Contratado EDUARDA FELSKY LUDWINSKY

Dados do Atendimento
31 - Tipo de Atendimento 32 - Indicação de Atendimento (Acidente ou Doença Relatada) 33 - Tipo de Consulta 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encaminhamento ao Atendimento
36 - Data 37 - Data de Realização 38 - Data de Realização 39 - Data de Realização 40 - Data de Realização 41 - Data de Realização 42 - Data de Realização 43 - Data de Realização 44 - Data de Realização 45 - Data de Realização 46 - Data de Realização 47 - Data de Realização 48 - Data de Realização 49 - Data de Realização 50 - Data de Realização 51 - Data de Realização 52 - Data de Realização 53 - Data de Realização 54 - Data de Realização 55 - Data de Realização 56 - Data de Realização 57 - Data de Realização 58 - Data de Realização 59 - Data de Realização 60 - Data de Realização 61 - Data de Realização 62 - Data de Realização 63 - Data de Realização 64 - Data de Realização 65 - Data de Realização 66 - Data de Realização 67 - Data de Realização 68 - Data de Realização 69 - Data de Realização 70 - Data de Realização 71 - Data de Realização 72 - Data de Realização 73 - Data de Realização 74 - Data de Realização 75 - Data de Realização 76 - Data de Realização 77 - Data de Realização 78 - Data de Realização 79 - Data de Realização 80 - Data de Realização 81 - Data de Realização 82 - Data de Realização 83 - Data de Realização 84 - Data de Realização 85 - Data de Realização 86 - Data de Realização 87 - Data de Realização 88 - Data de Realização 89 - Data de Realização 90 - Data de Realização 91 - Data de Realização 92 - Data de Realização 93 - Data de Realização 94 - Data de Realização 95 - Data de Realização 96 - Data de Realização 97 - Data de Realização 98 - Data de Realização 99 - Data de Realização 100 - Data de Realização

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
1 04/06/2025 19:30:22 19:30:22 22 10101039 Consulta em pronto socorro 001 1.00 189.07 189.07

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
42 - Selo, Selo 43 - Grau Prof. 44 - Código na Operadora/CPF 45 - Nome do Profissional 46 - Conselho Profissional 47 - Número no Conselho 48 - UF 49 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Total Procedimentos (R\$) 59 - Total Taxas e Autogelo (R\$) 60 - Total Meninas (R\$) 61 - Total da OME (R\$) 62 - Total da OME (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

FERNANDA, DATA/HORA: 13/06/2025 16:36:49 Contato: 2584902 Atendimento: 4685837 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 1 / 1

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

2. Nº Guia no Prestador 14010574

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Principal	3 - Data Validação da Guia	4 - Data de Autuação	5 - Série	6 - Data Validação da Guia	7 - Número da Guia Autuada pelo Operadora
000000	14010573					

Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira	9 - Validação de Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Assinatura
2117587		31/12/2025	LUCAS CANETTE POLICARPO			

Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
76591569000130		ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	EDUARDA FELSKY LUDWINSKY	6	59206	41	225120		

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		21 - Carteira Atendim.	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tese	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Q.t. Solic.	28 - Q.t. M.
2		04/06/2025							

Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - C.
59		EDUARDA FELSKY LUDWINSKY		

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Valor	44 - Taxa	45 - Valor Total (R\$)	46 - Valor Unico (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1		04/06/2025	19:30:22	19:30:22	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001	1.00		189.07		189.07

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Doc. 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. / /	2. / /	3. / /
4. / /	5. / /	6. / /
7. / /	8. / /	9. / /
10. / /	11. / /	12. / /

58 - Diferenças / Justificativa		59 - Total Procedimento (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Materiais (R\$)	62 - Total do CPNE (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total da Guia Médica (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
		189.07	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	189.07

66 - Assinatura ou Selo/Impressão pelo Autuador		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura de Contratação

FERNANDA, Data/Hora: 13/06/2025 16:36:49

Contato/ote: 2584902

Atendimento: 4685837

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lucas Canette Policarpo
Nº da Carteira: 2.11.7587
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro

Data de Nascimento: 25/05/2015

Nº da Guia: 29170



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/06/2025	18:15:00	Corredor	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

Hoje, durante o trajeto de saída, o aluno tropeçou na perna de uma outra aluna, o que fez com que ele caísse e batesse a cabeça. Isso resultou em um inchaço imediato no local e ele sentiu bastante dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
André	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
André	04/06/2025

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 imediatamente após a queda, e foi colocado gelo no local para ajudar a aliviar o inchaço. Também informamos a mãe dele sobre o ocorrido e orientamos que ela leve o aluno ao hospital para uma avaliação médica mais detalhada.

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

Prontuário: 713402

Pedido: 2063668

Atend: 4685837

Paciente: **Lucas Canette Policarpo**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Eduarda Felsky Ludwinsky

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 04/06/2025

Dt Imagem: 04/06/2025

Dt Laudo: 05/06/2025 11:35:11

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 29495

1 - Registro ASES	000000	3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização	26/06/2025	5 - Sentença	29495
6 - Número da Carteira	2377858	7 - Data Validade da Sentença	29495

8 - Nome do Beneficiário	MEGHAN BEATRIZ MERETT CAMPOS	9 - Validade da Carteira	31/12/2026	10 - Nome	
11 - Cartão Nacional de Saúde	705105434721270	12 - Atendimento	N		

13 - Código na Operadora	76591569000130	14 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
15 - Nome do Profissional Solicitante	STANLEY JOAO LUAN CAMACHO	16 - Conselho Profissional	6
17 - Número no Conselho	5215	18 - UF	41
19 - Código CBO	225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

21 - Caráter Atendimento	2	22 - Data da Solicitação	26/06/2025	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição		27 - QI S&C	28 - QI Autent

29 - Código na Operadora	76591569000130	30 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
31 - Código	155		

32 - Tipo Atendimento	04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	9	34 - Tipo de Consulta	1	35 - Motivo da Encerramento do Atendimento						
36 - Data	37 - Hora Início (dd-hh:mm)	38 - Hora Término	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Data	43 - Via	44 - Tipo	45 - Fator Red. Income	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)		
1	12/06/2025	16:19:00	16:19:00	22	40801020	RX - Crânio - 3 incidências			001	1.00	90.41	90.41

48 - Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)	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	
1	/		
2	/		
3	/		
4	/		
5	/		
6	/		
7	/		
8	/		
9	/		
10	/		

59 - Total Procedimentos (R\$)	90.41	60 - Total Taxas e Ausguez (R\$)	0.00	61 - Total Materiais (R\$)	0.00	62 - Total de CPME (R\$)	0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00	64 - Total de Outros Materiais (R\$)	0.00	65 - Total Geral (R\$)	90.41
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado									





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

2 - Nº Guia no Prestador 14029509

1 - Registro ANS 000000
2 - Número da Guia Principal 14029508

3 - Data de Autorização
4 - Nome do Beneficiário
5 - Número da Carteira 2377858
6 - Data Validade da Carteira 31/12/2026
7 - Nome MEGHAN BEATRIZ MERETT CAMPOS
8 - Data Validade da Carteira
9 - Número da Guia Atrelado pela Operadora

10 - Nome
11 - Código Nacional de Saúde 705105434721270
12 - Atendimento N

13 - Código no Operadora 76691569000130
14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
15 - Nome do Profissional Solicitante STANLEY JOAO LUAN CAMACHO
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 5215
18 - UF 41
19 - Código CBO 225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cardioter Atendim. 2
22 - Data da Solicitação 12/06/2025
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - Assinatura do Profissional Solicitante
28 - QI Autoriz

29 - Código na Operadora 59
30 - Nome do Contratado STANLEY JOAO LUAN CAMACHO
31 - Código 1556

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

36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
42 - QI 43 - Via 44 - Tce 45 - Fator Red/Accres 46 - Valor Unidm (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
1 12/06/2025 16:10:51 16:10:51 22 10101039 Consulta em pronto socorro 001 1.00 189.07 189.07

48 - Seq Pac 49 - Grau Part 50 - Código na Operadora/CNP 51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

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

59 - Total Procedimento (R\$) 189.07
60 - Total Taxas e Aluguel (R\$) 0.00
61 - Total Materiais (R\$) 0.00
62 - Total de CPNE (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 189.07

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

AFONSINA, Data/Hora: 23/06/2025 11:49:04 Contato: 2589882 Atendimento: 4694075 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2589682

1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Meghan Beatriz Merett Campos
Nº da Carteira: 2.37.7858
Instituição: Colégio Adventista Centenário



Data de Nascimento: 12/11/2017 **Nº da Guia:** 29495

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/06/2025	14:47:00	Corredor	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Rosto, Cabeça

Descrição

A aluna Meghan Beatriz Merett Campos se chocou com outro aluno no corredor e bateu a cabeça.

Testemunha da ocorrência

Wesley Felix da Silva Gomes

Telefone

(41) 98824-1912

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

Observações

O aluno foi atendido pelo monitor da unidade e encaminhado para o hospital de referência.


Douglas Leal dos Santos
Diretor
Ato 07/2023
Ass.:

Nailson Veras do Nascimento



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

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Meghan Beatriz Merett Campos
Nº da Carteirinha: 2.37.7858
Instituição: Colégio Adventista Centenário

Data de Nascimento: 12/11/2017

Nº da Guia: 29495

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/06/2025	14:47:00	Corredor	Deslocamento interno

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Rosto, Cabeça

Descrição

A aluna Meghan Beatriz Merett Campos se chocou com outro aluno no corredor e bateu a cabeça.

Testemunha da ocorrência

Wesley Felix da Silva Gomes

Telefone

(41) 98824-1912

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde,
Curitiba - PR

Telefone

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

Observações

O aluno foi atendido pelo monitor da unidade e encaminhado para o hospital de referência.

Ass.:


Douglas Luiz dos Santos

Diretor
Ato 07/2023

Nailson Veras do Nascimento



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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Meghan Beatriz Merett Campos
Nº da Carteira: 2.37.7858
Instituição: Colégio Adventista Centenário



Data de Nascimento: 12/11/2017

Nº da Guia: 29495

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/06/2025	14:47:00	Corredor	Deslocamento Interno

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Rosto, Cabeça

Descrição

A aluna Meghan Beatriz Merett Campos se chocou com outro aluno no corredor e bateu a cabeça.

Testemunha da ocorrência

Wesley Felix da Silva Gomes

Telefone

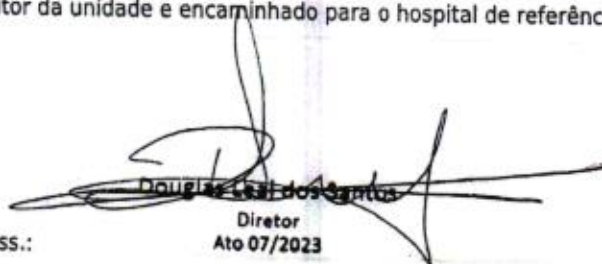
(41) 98824-1912

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 da unidade e encaminhado para o hospital de referência.

Ass.:


Diretor
Ato 07/2023

Nailson Veras do Nascimento



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

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

Prontuário: 479625

Pedido: 2068377

Atend: 4694075

Paciente: **Meghan Beatriz Merett Campos**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Stanley Joao Lujan Camacho

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 12/06/2025

Dt Imagem: 12/06/2025

Dt Laudo: 12/06/2025 16:43:59

RADIOGRAFIA DE CRÂNIO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital, sob radioscopia.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura óssea normal.

Ausência de calcificações patológicas.

Sela túrcica de tamanho normal.

*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.



Dra. Miriana de Lima Alves
CRM/PR: 31827

1 - Registro ANS	000000	5 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização	02/06/2025	5 - Serviço	29011
6 - Data Validade da Guia		7 - Número da Guia Atribuído para Operadora	29011

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira	2118725	9 - Validade da Carteira	02/06/2025	10 - Nome	TOMAS SOUSA DE QUEIROZ BRASIL	11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento	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	HELENA GRUHL	16 - Conselho Profissional	6	17 - Número no Conselho	10443	18 - UF	41	19 - Código CBO	225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados	21 - Código Atendim.	2	22 - Data da Solicitação	02/06/2025	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição		27 - Qx Solic.		28 - Qx Autoriz.	

Dados do Contratado, Executante	29 - Código na Operadora	76591569000130	30 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código	1556
---------------------------------	--------------------------	----------------	-------------------------	--	-------------	------

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data	02/06/2025	37 - Hora Início	15:13:00	38 - Hora Fim	15:13:00	39 - Tabela	40 - Procedimento	40901020	41 - Descrição	PX - Crânio - 3 incidências	42 - Qx	43 - Vol	44 - Tm	45 - Valor Real / Nome	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	90.41
---	-----------	------------	------------------	----------	---------------	----------	-------------	-------------------	----------	----------------	-----------------------------	---------	----------	---------	------------------------	---------------------------	------------------------	-------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Spec. Prof.	49 - Grau Prof.	50 - Código na Operadora/CPS	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
--	------------------	-----------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Saúde	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Data de Realização de Procedimentos em Saúde	59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
---	--	---	--

60 - Observação / Justificativa	61 - Total de Procedimentos (R\$)	90.41	62 - Total de Taxas e Análises (R\$)	0.00	63 - Total de Materiais (R\$)	0.00	64 - Total de CPME (R\$)	0.00	65 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00	66 - Total de Custos Administrativos (R\$)	0.00	67 - Total Geral (R\$)	90.41
---------------------------------	-----------------------------------	-------	--------------------------------------	------	-------------------------------	------	--------------------------	------	----------------------------------	------	--	------	------------------------	-------

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização	AMANDA KUBIS	Data/Hora:	17/06/2025 15:54:51	Contat. telef.	2583208	Atendimento:	4683037	Convênio:	CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
---	--------------	------------	---------------------	----------------	---------	--------------	---------	-----------	--------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador 29011

1 - Registro AIS 000000
2 - Número da Guia Principal 29011
3 - Data da Autorização 02/06/2025
4 - Data da Autorização 02/06/2025
5 - Série 29011
6 - Data Validade da Série
7 - Número da Guia Autorizada pelo Operador 29011
8 - Número da Carteira 2118725
9 - Validade da Carteira 02/06/2025
10 - Nome TOMAS SOUSA DE QUEIROZ BRASIL
11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Análise

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 HELENA GRUHL
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 10443
18 - UF 41
19 - Código CBO 225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Cartão Profissional 2118725

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
22 - Data da Solicitação 02/06/2025
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - QLSide 28 - QLSide

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora 59
30 - Nome do Contratado HELENA GRUHL
31 - Código 1
32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Atendimento (Acidente ou Doença Relatores)
34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo do Encaminhamento do Atendimento
36 - Data 02/06/2025 37 - Hora Precisações Final 38 - Tabela 39 - Procedimento 40 - Descrição
41 - Data 02/06/2025 42 - Hora 15:00:28 43 - Hora 15:00:28 44 - Hora 10:10:1039 45 - Valor Total (R\$) 189.07 46 - Valor Total (R\$) 189.07

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
47 - Data 02/06/2025 48 - Hora 15:00:28 49 - Hora 15:00:28 50 - Hora 10:10:1039 51 - Valor Total (R\$) 189.07 52 - Valor Total (R\$) 189.07
53 - Data 02/06/2025 54 - Hora 15:00:28 55 - Hora 15:00:28 56 - Hora 10:10:1039 57 - Valor Total (R\$) 189.07 58 - Valor Total (R\$) 189.07

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
49 - Sigla 50 - Grau Prof 51 - Cargo na Operadora/CIF 52 - Nome do Profissional
53 - Conselho Profissional 54 - Número no Conselho 55 - UF 56 - Código CBO
57 - Assinatura do Responsável pela Autorização

59 - Data de Realização de Procedimentos em Saúde 60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
61 - Total Procedimentos (R\$) 189.07 62 - Total Taxas e Anúncios (R\$) 0.00 63 - Total Materiais (R\$) 0.00 64 - Total de Consultas (R\$) 0.00 65 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 66 - Total de Exames Médicos (R\$) 0.00 67 - Total Geral (R\$) 189.07
68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização
70 - Data/Hora: 12/06/2025 12:16:43 71 - Contábil: 2583208 72 - Atendimento: 4683037 73 - Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 74 - Assinatura do Contratado
75 - Data/Hora: 12/06/2025 12:16:43 76 - Contábil: 2583208 77 - Atendimento: 4683037 78 - Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 79 - Assinatura do Contratado





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

2 - Nº Guia no Prestador 29011

1 - Registro ANS

000000

2 - Número da Guia Principal

29011

3 - Data de Autuação

02/06/2025

4 - Série

29011

5 - Data Validação da Série

29011

6 - Número da Guia Atrelada pela Operadora

29011

7 - Nome do Beneficiário

2118725

8 - Vencimento da Carteira

02/06/2025

9 - Nome

TOMAS SOUSA DE QUEIROZ BRASIL

10 - Cartão Nacional de Saúde

225124

11 - Assinatura

1

12 - Número da Carteira

76591569000130

13 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

14 - Conselho Profissional

6

15 - Número no Conselho

10443

16 - UF

41

17 - Código CBO

225124

18 - Assinatura do Profissional Solicitante

DR. VICTOR HORTENSIANO DE S. COSTA

19 - Nome do Profissional Solicitante

HELENA GRUHL

20 - Indicação Clínica

2

21 - Caracter Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

02/06/2025

23 - Descrição

2

24 - Data

25

26 - Descrição

26

27 - UF

28

29 - Data

30

31 - Data

31

Dados do Contratado

32 - Nome do Contratado

HELENA GRUHL

33 - Nome do Contratado

HELENA GRUHL

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

001

36 - Data

37

38 - Data

39

40 - Data

41

Dados do Atendimento

42 - Tipo Atendimento

04

43 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada

9

44 - Tipo de Consulta

1

45 - Motivo de Encerramento do Atendimento

001

46 - Data

47

48 - Data

49

49 - Data

50

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

51 - Data

52

53 - Data

54

54 - Descrição

55

55 - Data

56

56 - Data

57

57 - Data

58

58 - Data

59

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)

40 - Identificação

41

42 - Data

43

43 - Data

44

44 - Data

45

45 - Data

46

46 - Data

47

47 - Data

48

48 - Data

49

59 - Data de Realização de Procedimentos em Série

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Data

62

62 - Data

63

63 - Data

64

64 - Data

65

65 - Data

66

66 - Data

67

67 - Data

68

68 - Data

69

69 - Data

70

70 - Data

71

71 - Data

72

72 - Data

73

73 - Data

74

74 - Data

75

75 - Data

76

76 - Data

77

77 - Data

78

78 - Data

79

79 - Data

80

80 - Data

81

81 - Data

82

82 - Data

83

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

FERNANDA, Data/Hora: 12/06/2025 12:16:43

Contato: 2583208

Atendimento: 4683037

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2583208

1 / 1



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

2 - Nº Guia no Prestador 25905

1 - Rinsite ANS

0

3 - Nome da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora

Dados do Beneficiário

2118725

9 - Validação da Carteira

10 - Nome

TOMAS SOUSA DE QUEIROZ BRASIL

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento

N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

59

14 - Nome do Contratado

HELENA GRUHL

15 - Nome do Profissional Solicitante

HELENA GRUHL

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

10443

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dra. Helena Gruhl
pediatra
CRM 10.443

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cartão Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

02/06/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

22

25 - Código do Procedimento

61881020

26 - Descrição

RX - Crane - 3 incidências

27 - Qtd. Solic.

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 / Paciente ou Doença Resconstruída

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 - Fim Realizacão

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/CPE

51 - Nome do Profissional

52 - Cons. Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

59 - Tabela Procedimentos (R\$)

60 - Valor Total e Aluguéis (R\$)

61 - Total Valores (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Exames Medicinas (R\$)

65 - Assinatura do Contratado

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Total de CPME (R\$)

69 - Total de Medicamentos (R\$)

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 02/06/2025 15:14:38

Atendimento: 4683037

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4683037

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Tomás Sousa de Queiroz Brasil

Nº da Carteira: 2.11.8725

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro

Data de Nascimento: 26/03/2018

Nº da Guia: 29011

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/06/2025	13:44:00	Quadra	Entrada de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

O aluno estava na quadra aguardando o sinal para ir à sala de aula, quando foi provocado por dois colegas. Ao se aproximar deles, o aluno Thômas agarrou um dos colegas e, durante a ação, acabou caindo e batendo a cabeça no chão. O impacto causou um inchaço imediato na região da testa.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jubiel	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Tiago Rocha	02/06/2025

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 prontamente atendido, sendo aplicado gelo no local afetado. Em seguida, foi realizado contato com a mãe para orientá-la sobre a necessidade de encaminhamento ao hospital para avaliação médica.

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

Prontuário: 713111

Pedido: 2062132

Atend: 4683037

Paciente: **Tomas Sousa De Queiroz Brasil**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Helena Gruhl

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 02/06/2025

Dt Imagem: 02/06/2025

Dt Laudo: 03/06/2025 09:00:44

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