

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

2 - Nº Guia no Prestador 13254865

024460

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal									
000000										
4 - Data da Autorização	5 - Sentia									
Dados do Beneficiário										
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira									
368726	31/12/2024									
10 - Nome										
BRYAN SANTOS NEPONUCENO										
11 - Cartão Nacional de Saúde										
898005906452704										
12 - Atendimento a RN										
N										
Dados do Solicitante										
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado									
76591569000130	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO									
15 - Nome do Profissional Solicitante										
ANDREA FINATTO										
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados										
21 - Caráter: Atendim.	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica								
1	11/09/2024									
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição								
27 - Ql.Solic.										
28 - Ql.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 Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta								
23										
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\$)
1 11/09/2024	11:16:26	11:16:26	22	40803090	RX - Cotovelo	001		1,00	73,28	73,28
2 11/09/2024	11:16:26	11:16:26	22	40803104	RX - Antebraço	001		1,00	75,50	75,50
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)										
48 - Seq. Rel.	49 - Grau Rel.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO			
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série										
1. / /	2. / /	3. / /	4. / /	5. / /	6. / /	7. / /	8. / /	9. / /	10. / /	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável										
58 - Observações / Assinatura										
59 - Total Procedimentos (R\$)										
148,78										
60 - Total Taxas e Aluguéis (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 Gases Medicinais (R\$)										
0,00										
65 - Total Geral (R\$)										
148,78										
56 - Assinatura do Responsável pela Autorização										
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável										
58 - Assinatura do Contratado										
TALITA.										
Data/Hora: 19/09/2024 09:46:29										
Conta/ote: 2456931										
Atendimento: 4453451										
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA										
2456931										
1 / 1										

Prontuário: 656153

Pedido: 1926050

Atend: 4453451

Paciente: **Bryan Santos Neponuceno**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Andrea Finatto

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 11/09/2024

Dt Imagem: 11/09/2024

Dt Laudo: 12/09/2024 14:51:53

RADIOGRAFIA DE COTOVELO E ANTEBRAÇO DIREITOS

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

Controle de fixação de fratura em diafise de radio e ulna.

Relações articulares mantidas.

*O Centro de Imagem segue o princípio ALARA (as low as reasonably achievable radiation dose) que utiliza a menor dose de radiação necessária para a realização dos exames.



Dr. Marco Antonio Nicolodelli
CRM/PR: 14.702



HOSPITAL
pequeno PRÍNCIPE

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: BRYAN SANTOS NEPONUCENO
Resp. Legal 1: MARIA DAS DORES LIRA SANTOS

Data Nasç: 25/02/2019
Resp. Legal 2: FERNANDO CANDIDO

Idade: 5 Anos 6 Meses 17 Dias Sexo: MASCULINO
CNS do Paciente: 898005906452704

CODIGO 00656153

DADOS DO ATENDIMENTO

Médico(a): ANDREA FINATTO
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Data/Hora: 11/09/2024 - 10:36

CRM: 43948
Plano: EMPRESARIAL
Tipo Atendimento: AMBULATORIAL

Ambulatório: ORTOPEDIA
Matrícula: 368726

CODIGO 04453372

Responsável:

Grau de Parentesco:

Telefone:

Solicitação de Exames

Código e Descrição dos exames solicitados:

0204040078-RADIOGRAFIA DE COTOVELO
DIR AP + P

Quant.

2

0204040019-RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO
DIR AP + P

2

Justificativa:

ANDREA FINATTO

CRM: CRM: 43948

Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1821/2007, no sistema certificado SRIS-CFM nº 063, por
Estado: Assinatura digital valida
ANDREA FINATTO, CPF 06923443903, às 10:47 GMT-03:00 de 11/09/2024.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (UTC-03:00).



Data impressão: 11/09/2024

Documento C545-V1777

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Nome do Beneficiário	9 - Validade da Carteira 31/12/2024	10 - Nome BRYAN SANTOS NEPONUCENO	11 - Cartão Nacional de Saúde 898005906452704
8 - Número da Carteira 368726	12 - Atendimento a RN N			
Dados do Solicitante				
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
15 - Nome do Profissional Solicitante ANDREA FINATTO				
16 - Conselho Profissional 6				
17 - Número no Conselho 43948				
18 - UF 41				
19 - Código CBO 225270				
20 - Assinatura do Profissional Solicitante				
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados				
21 - Cardter Atendim. 1	22 - Data da Solicitação 11/09/2024	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Ql.Solic.	28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 23	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------------	---	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exams 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\$)
1 11/09/2024	11:16:26	11:16:26	22	40803090	RX - Cotovelo	001			1,00	73,28	73,28
2 11/09/2024	11:16:26	11:16:26	22	40803104	RX - Antebraço	001			1,00	75,50	75,50

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

48 - Seq Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operador(a)CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional.	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
---------------	-----------------	-------------------------------	---------------------------	-----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

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

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 148,78	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPM (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 148,78
--	---	------------------------------------	---------------------------------	--	--	----------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

DARCY.

Data/Hora: 11/09/2024 11:17:05

Contat.Lote: 2456931

Atendimento: 4453451

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2456931

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Bryan Santos Neponuceno

Nº da Carteira: 3.6.8726

Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 25/02/2019

Nº da Guia: 18803.007

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/09/2024	09:59:40	Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)	intervalo

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Braço Direito, Antebraço Direito

Descrição

Aluno estava brincando e caiu em cima do braço.

Testemunha da ocorrência

Professora Ana

Telefone

(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Rosane

Data

19/06/2024

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

Motivo do Retorno

Responsável informa solicitação médica de retorno para dia 11/09/2024.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Jaques Henrique 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