

1 - Registro ANS 0	3 - Número da Guia Principal	5 - Sembr 25285	6 - Data Validade da Sembr	7 - Número da Guia Atribuído para Operadora
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 2782060	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ANDRESSA VITORIA DUTRA RODRIGUES	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RM 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 GUSTAVO MOURA DA M M FERREIRA PINTO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 43290
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados				
21 - Cartão Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 17/03/2025	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento 10101039
26 - Descrição Consulta em pronto socorro				
27 - Cide, Solic. 1				
28 - Cide, Aut.				
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento
41 - Descrição	42 - Cide	43 - Via	44 - Tec.	45 - Val. Real/Acresc
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Cons Profissional
53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série				
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
58 - Observações / Justificativa				
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Material (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total de Gastos Médicos (R\$)	65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável para Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado		

Impresso por: GUSTAVO.

Data/Hora: 17/03/2025 21:00:05

Atendimento: 4607023

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4607023

PLANTÃO NOTURNO
(Controle Interno)

Dr. Gustavo Moura da M. M. Ferreira Pinto

Assinatura do Profissional Solicitante

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Andressa Vitoria Dutra Rodrigues

Nº da Carteira: 2.78.2060

Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 03/04/2012

Nº da Guia: 25285

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/03/2025	17:37:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Rosto

Descrição

Aluna estava em aula de educação física jogando handebol quando outra colega arremessou a bola no rosto da aluna, acertando o nariz.

Testemunha da ocorrência

Prof. Tatiane

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Murilo

Data

17/03/2025

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

Aluna foi atendida na coordenação disciplinar e aplicado gelo no local afetado.

Ass.:

Diriam Vellos

PI

Ingo Iwankiw

Ingo Iwankiw
Coordenador Disciplinar

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