

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Luiza Trindade Gonçalves  
Nº da Carteira: 3.6.8989  
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista



Data de Nascimento: 26/04/2008

Nº da Guia: 27745

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/04/2025	12:20:00	Quadra	Aula de educação física

## O que aconteceu

Torção

## Partes do corpo

Perna Direita, Pé Direito, Calcânhar Esquerdo, Calcânhar Direito, Tornozelo Direito

## Descrição

Aluna corria para pegar e tropeçou no pé de outra colega. Torceu o pé direito. Sente dores e há inchaço.

## Testemunha da ocorrência

Professor de Educação de Física.

## Telefone

(41) 3028-5440

## Quem prestou primeiros socorros

Coordenador Jaques

## Data

25/04/2025

## Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

## Endereço

Rua XV de Novembro

## Nº

222  
3

## Bairro

Alto da Xv

## Telefone

(41) 3218-2000  
(41) 3218-2181

## Observações

Aplicado gelo no local. Contato telefônico com o pai que foi orientado a levar a aluna para atendimento médico no local acima indicado.

Ass.:

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador **69**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização  5 - Semha  6 - Data Validade da Semha  7 - Numero da Guia Atribuido pelo Operadora

8 - Numero da Carteira **368989** 9 - Validade da Carteira **01/01/2029** 10 - Nome **ANA LUIZA TRINDADE GONCALVES** 11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde  12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante  
13 - Código da Operadora **76530518000107** 14 - Nome do Contratado **HOSPITAL XV LTDA**

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados  
15 - Nome do Profissional Solicitante **LUIS ROBERTO DALBOSCO MATTEI** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Numero no Conselho **55409** 18 - UF **41** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Q1 - Solic	28 - Q1 - Autoriz
2	25/04/2025	TORNOZELO DIREITO	1	22	RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)	1	0

Dados do Contratado Executante  
29 - Código no Operadora  30 - Nome do Contratado **HOSPITAL XV LTDA** 31 - Código CUES **3005585**

Dados do Atendimento  
32 - Tipo Atendimento  33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)  34 - Tipo de Consulta  35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados  
36 - Data  37 - Hr-Inicial  38 - Hr-Final  39 - Tabela  40 - Código do Procedimento  41 - Descrição  42 - Q1de  43 - Via  44 - Tec  45 - % Red / Acresc  46 - Valor Unitário (R\$)  47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)  
48 - Seq Ref  49 - Gr-Part  50 - Código no operador/CRF  51 - Nome do Profissional  52 - Conselho Profissional  53 - Numero no Conselho  54 - UF  54 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Serie  57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)  60 - Total de Taxas e Adjuvês (R\$)  61 - Total Taxas de Material (R\$)  62 - Total de OPRM (R\$)  63 - Total de Medicamentos (R\$)  64 - Total Gases Médicos (R\$)  65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização  67 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento  68 - Assinatura do Contratado

Impressa por: LUIS MATTEI Data: 25/04/2025 18:11:54

Cantidade: 1387238 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

\*\*\*