

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Arthur Willian Hamann
Nº da Carteira: 2.21.3773
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 30/08/2010

Nº da Guia: 9336

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/12/2022	11:56:00	Escada	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Aluno estava descendo a escada pisou em falso e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência

Monitora Josy

Telefone

(41) 3427-8200

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

O aluno foi atendido e encaminhado para a clínica São Paulo.



Ass.:

Emily Muniz da Silva Rodrigues


Dr. Ali Mohamad El Kadri
CRM-PR. 7971

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

2 - N^o Grau no Prestador

Artist

1 - Registro ANS	
3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da autorização	
5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Emitido pela Operadora	

8 - Numero da Carteira

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RM
		Adilson Henrique		

13 - Código na Operadora

13 - Código na Operadora	
14 - Nome do Contratado	El Kadn

15 - Nome do Profissional Solicitante	Dr. Ali M. Alm CRM-PR. 7971		
16 - Conselho Profissional			
17 - Número do Conselho			
18 - UF			
19 - Código CBO			
20 - Assinatura e rubrica	Dr. Ali M. Alm CRM-PR. 7971		

21 - Caráter de Atendimento

21 - Caráter de Atendimento	
22 - Data da Solicitação	
23 - Indicação Clínica	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtda Solic	28 - Qtda Aut
1. ☐	☐	<i>Rede Telemática AB + P</i>	☐	☐
2. ☐	☐		☐	☐
3. ☐	☐		☐	☐
4. ☐	☐		☐	☐
5. ☐	☐		☐	☐

29 - Código na Operadora

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CHES
--------------------------	-------------------------	------------------

32 - Tipo de Atendimento

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

36 - Data	37 - Hora in
-----------	--------------

[illegible]

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código da Operadora/CPF

[illegible][illegible][illegible]

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

--	--