

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Daniel dos Reis Stefaniak
Nº da Carteirinha: 2.37.7297
Instituição: Colégio Adventista Centenário

Data de Nascimento: 24/08/2015

Nº da Guia: 27223

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/04/2025	13:35:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Abdomen

Descrição

Levou um chute na barriga

Testemunha da ocorrência

Telefone

Camila

(41) 99893-0106

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Rua XV de Novembro

222
3

Alto da Xv

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

Observações

O aluno foi encaminhado para o hospital do convênio e foi levado pelo pai.

Ass.:

Douglas Leal Dos Santos

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

Atendimento: 4629813 - DANIEL DOS REIS STEFANIAK Lote: 2550819 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Paciente...: DANIEL DOS REIS STEFANIAK
Convênio...: 59 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Plano.....: EMPRESARIAL
Medico/CRM.: LEILA DERVICHE / 12541
Guia.....: 27223 Validade.:
Carteira...: 2377297 Validade.: 09/04/2025 Titular.: DANIEL DOS REIS STEFANIAK
Biometria...:
CID.....: R104
Código RAT.:
Endereco...: RUA PAULINO VIEIRA DA SILVA 470 UBERABA CURITIBA PR
Fone.....: 998001584
Entrada....: 09/04/2025 15:27 Saída: 09/04/2025 18:11



Resumo da Conta

Grupo de Procedimento / Setor	Sub-Total	Taxas	Desconto	Filme	Total
MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO					165,10
EMERGENCIA CONVENIOS	165,10				165,10
MATERIAIS BRASINDICE					662,99
EMERGENCIA CONVENIOS	662,99				662,99
ULTRA-SONOGRAFIA					365,36
ULTRASSONOGRAFIA	337,83			27,53	365,36
			Total da Conta:	R\$	1.193,45

MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
90425588 CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML.	AMP	2	1,19	2,38
90461185 ZOFTRAN	AMP	1	139,03	139,03
90123115 CLORETO DE SODIO 0,9% FRASCO 100ML B.BRAUN	FR	1	11,65	11,65
90123093 SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 0,9% FRASCO 500ML B.BRAUN	FR	1	12,04	12,04

Total do Setor: 165,10
Total de MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO: 165,10

MATERIAIS BRASINDICE

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
70014370 AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 - BD	UN	2	2,88	5,76
0000062644 CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO G 24- BBRAUN	UN	1	270,20	270,20
0000025555 EQUIPO GOTAS SIMPLES INTRAFIX	UN	1	257,33	257,33
0000005203 POLIFIX 2 VIAS NEO BBRAUN	UN	1	118,70	118,70
70705330 SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Lock)	UN	2	5,50	11,00

Total do Setor: 662,99
Total de MATERIAIS BRASINDICE: 662,99

ULTRA-SONOGRAFIA

Setor 38 ULTRASSONOGRAFIA

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
40901122 US - Abdome total (abdome superior rins bexiga aorta veia ca	UN	1	337,83	365,36

VI.Filme:27,53
Total do Setor: 365,36
Total de ULTRA-SONOGRAFIA: 365,36

Prestadores Credenciados

CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA

Setor 133 EMERGENCIA CONVENIOS

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF - Conv.	Unid./Ativ.	HE	Qtde	VI Unitario	VI Total
09/04/2025	10101039 Consulta em pronto socorro	UN	N	1	189,07	189,07
	LEILA DERVICHE 12541	84409100963	59			

CLINICO



Atendimento: 4629813 - DANIEL DOS REIS STEFANIAK Lote: 2550819 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA - Remessa:

Total do Setor:	189,07
Total de CONSULTAS ELETIVAS/VISITA MEDICA:	189,07
Total Credenciados:	189,07
Total da Conta (-) Desconto + Credenciados:	1.382,52



Clínica Adventista
de Curitiba

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADI e Resumo de Internação)

Página 1/1

1 - Registro ANS .. 000000
2 - Número da Guia Referenciada 27223

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora 76591569000130

4 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

5 - Código CNES 15563

Despesas Realizadas

6 - CD	7 - Data	8 - Hr.Inicial	9 - Hr.Final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Unidade de Medida	14 - Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário-R\$	16-Valor Total-R\$
17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante									
1 - 03	09/04/2025	15:27:40	15:27:40	00	0000005203	1	036	1,00	118,70	118,70
20 - Descrição: POLIFIX 2 VIAS NEO BBRAUN										
2 - 03	09/04/2025	15:27:40	15:27:40	00	0000025555	1	036	1,00	257,33	257,33
20 - Descrição: EQUIPO GOTAS SIMPLES INTRAFIX										
3 - 03	09/04/2025	15:27:40	15:27:40	00	0000062644	1	036	1,00	270,20	270,20
20 - Descrição: CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO G 24- BBRAUN										
4 - 03	09/04/2025	15:27:40	15:27:40	19	70014370	2	036	1,00	2,88	5,76
20 - Descrição: AGULHA DESCARTAVEL 40 X 12 - BD										
5 - 03	09/04/2025	15:27:40	15:27:40	19	70705330	2	036	1,00	5,50	11,00
20 - Descrição: SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Lock)										
6 - 02	09/04/2025	15:27:40	15:27:40	20	90123093	1	013	1,00	12,04	12,04
20 - Descrição: SOLUCAO DE CLORETO DE SODIO 0,9% FRASCO 500ML B.BRAUN										
7 - 02	09/04/2025	15:27:40	15:27:40	20	90123115	1	013	1,00	1,19	2,38
20 - Descrição: CLORETO DE SODIO 0,9% FRASCO 100ML B.BRAUN										
8 - 02	09/04/2025	15:27:40	15:27:40	20	90425588	2	001	1,00	139,03	278,06
20 - Descrição: CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10ML										
9 - 02	09/04/2025	15:27:40	15:27:40	20	90461185	1	001	1,00	139,03	139,03
20 - Descrição: ZOFRAN										

21 - Total Gases Medicinais R\$ 0,00	22 - Total de Medicamentos R\$ 165,10	23 - Total de Materiais R\$ 662,99	24 - Total de OPME R\$ 0,00	25 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 0,00	26 - Total de Diárias R\$ 0,00	27 - Total Geral R\$ 828,09
--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

Impresso por: AMANDA KUBIS

Data/Hora: 28/04/2025 15:02:08

Conta/Lote: 2550819

Atendimento: 4629813

Convênio: 76591569000130

1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

09/04/2025

5 - Semia

27223

6 - Data Validade da Semia

27223

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número de Carteira

2377297

9 - Validade da Carteira

09/04/2025

10 - Nome

DANIEL DOS REIS STEFANIAK

11 - Cartão Nacional de Saúde

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

LEILA DERVICHE

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

12541

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cartão Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

09/04/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QI Solic.

28 - QI Autoriz.

Dados do Contrato 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

04

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial 38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - QI

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red/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 - 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\$)

0.00

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total Materiais (R\$)

662.99

62 - Total de OPRME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

165.10

64 - Total de Casos Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

828.09

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AMANDA KUBIS Data/Hora: 28/04/2025 15:02:08

Contato: 2550819

Atendimento: 4629813

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2550819

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/5ADT

2 - Nº Guia no Prestador 27223

1 - Registro ANS 000000 8 - Número da Guia Principal 27223

4 - Data da Autorização 28/04/2025 5 - Senha 27223

Dados do Beneficiário 6 - Data Validada da Senha 7 - Número da Guia Atribuído para Operadora 27223

8 - Número da Carteira 2377297 9 - Validade da Carteira 09/04/2025 10 - Nome DANIEL DOS REIS STEFANIAK 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 LEILA DERVICHE 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 12541 18 - UF 41 19 - Código CBO 225124 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Cardápio Atendim. 22 - Data da Solicitação 09/04/2025 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - QI Solto. 28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento 32 - Tipo Atendimento 04 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 34 - Tipo de Consulta 1 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 31 - Código CNES 15563

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qide	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Real/Licenc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	
1	09/04/2025	15:59:00	15:59:00	22	40901122	US	Abdome total (abdome superior fins bexiga aorta veia cava inferior)001			1.00	365.36	365.36

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

48 - Seq. Rel. 49 - Grau Part. 50 - Código na operador/CPR 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- / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 365.36 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total Materiais (R\$) 0.00 62 - Total do CPRAE (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 365.36

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

AMANDA KUBIS Data/Hora: 28/04/2025 15:02:09 Contal.ote: 2550819 Atendimento: 4629813 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2550819

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

2 - Nº Guia no Prestador **27223**

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Sanita	7 - Número da Guia Atribuído para Operadora
000000	27223		27223
4 - Data da Autorização	5 - Semta	9 - Validade da Carteira	10 - Nome
09/04/2025	27223	09/04/2025	DANIEL DOS REIS STEFANIAK
8 - Número da Carteira		11 - Cartão Nacional de Saúde	
2377297			

Dados do Beneficiário		12 - Atendimento a RN	
		N	

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado	
13 - Código na Operadora	76591569000130	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
15 - Nome do Profissional Solicitante	LEILA DERVICHE	16 - Conselho Profissional	6
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		17 - Número no Conselho	12541
21 - Caráter Atendim.	22 - Data da Solicitação	18 - UF	41
2	09/04/2025	19 - Código CBO	225124
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento	26 - Descrição
		27 - QI Solic.	28 - QI Autoriz.

Dados do Contrato Executante		30 - Nome do Contratado	
29 - Código na Operadora	59	LEILA DERVICHE	
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada
		04	9
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
		1	
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela
09/04/2025	15:27:40	15:27:40	22
		40 - Procedimento	41 - Descrição
		10101039	Consulta em pronto socorro
		42 - Qde	43 - Via
		001	
		44 - Tec	45 - Fator Red/Acreso
			1.00
		46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
		189.07	189.07

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	

48 - Seq. Rel.		49 - Grau Part		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional			

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 Materiais (R\$)		62 - Total do CPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Custos Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
						189.07		0.00		0.00		0.00		0.00		0.00		189.07	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização																			

AFONSINA.		Data/Hora: 15/04/2025 12:33:40		Conta/Lote: 2550819		Atendimento: 4629813		Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA				2550819		1 / 1	
-----------	--	--------------------------------	--	---------------------	--	----------------------	--	--	--	---	--	---------	--	-------	--

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

2 - Nº Guia no Prestador 27223

1 - Registro ANS	000000	3 - Número da Guia Principal	27223
4 - Data de Autorização	09/04/2025	5 - Senha	27223
Dados do Beneficiário		6 - Data Validade da Senha	
8 - Número da Carteira	2377297	9 - Validade da Carteira	09/04/2025
		10 - Nome	DANIEL DOS REIS STEFANIAK
		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	27223
		11 - Cartão Nacional de Saúde	
		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	LEILA DERVICHE	16 - Conselho Profissional	6
		17 - Número no Conselho	12541
		18 - UF	41
		19 - Código CBO	225124
		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento	2	22 - Data da Solicitação	09/04/2025	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição			

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	59	30 - Nome do Contratado	LEILA DERVICHE	31 - Código CNES	15563
--------------------------	----	-------------------------	----------------	------------------	-------

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
09/04/2025	15:27:40	15:27:40	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001			1.00	189.07	189.07

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

48 - Seg. Rel.	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

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

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)	189.07	60 - Total Taxas e Aluguel (R\$)	0.00	61 - Total Materiais (R\$)	0.00	62 - Total de OPMs (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 pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AFONSSINA.

Data/Hora: 15/04/2025 12:33:41

Conta/Lote: 2550819

Atendimento: 4629813

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2550819

