

1 - Registro ANS 0	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha 21054	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	8 - Número da Carteira 2781705	9 - Validade da Carteira	10 - Nome RAFAELA STELLA ALVES CORDEIRO MAFFRA	11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário				
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 MARIA DE FATIMA SAMPAIO SANTOS				
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados				
21 - Carteira Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 17/09/2024	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 CBO 15503				
32 - Tipo de Atendimento 33 - Motivo de Encerramento do Atendimento				
34 - Tipo de Consulta				
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento				
36 - Hora Inicial				
37 - Hora Final				
38 - Hora Final				
39 - Hora Final				
40 - Hora Final				
41 - Descrição				
42 - Cide.				
43 - Via				
44 - rec.				
45 - Falt. Raci. / Acres. 46 - Valor Unit. (R\$)				
47 - Valor Total (R\$)				
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 Materiais (R\$)				
62 - Total de OPMs (R\$)				
63 - Total de Medicamentos (R\$)				
64 - Total de Casas Médicas (R\$)				
65 - Total Geral (R\$)				
66 - Assinatura do Responsável para Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				

Impresso por: MARIA.SANTOS Data/Hora: 17/09/2024 19:16:20

Atendimento: 4459739 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4459739

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Rafaela Stella Alves Cordeiro Mafra
Nº da Carteirinha: 2.78.1705
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 21/08/2010

Nº da Guia: 21054

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/09/2024	16:12:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Olho Direito

Descrição

Aluna estava em atividades de educação física jogando handebol quando houve o trauma com a bola no olho direito, aluna relata que está "embaçado" a visão.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Prof. Tatiana

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Data

Monitora Berenice

17/09/2024

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 a aplicado gelo no local afetado.

Ass.:

Suellen Velloso

Aline Gonçalves
Vice-diretora

Dr. Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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

Impresso por: Aline Almeida Bittencourt
Matte Gonçalves

1 de 1

17/09/2024 16:16