

1 - Registro ANS

000000

8 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

03/09/2024

5 - Sembr

20613

6 - Data Validade da Sembr

20613

7 - Número da Guia Arribado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2376717

9 - Validade da Carteira

03/09/2024

10 - Nome

VINICIUS DEL CUCHI BORGES

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

VICTOR HUGO MARIANO RAMOS

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

25919

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

03/09/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Q1 Solic.

28 - Q1 Autoriz.

Dados do Contratado 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

03/09/2024

37 - Hora Inicial

17:07:00

38 - Hora Final

17:07:00

39 - Tabela

22

40 - Procedimento

40804097

41 - Descrição

RX - Pe ou pododactilo

42 - Qide

001

43 - Via

1.00

44 - Tec

69.96

45 - Fator Red/Acesso

69.96

46 - Valor Unitário (R\$)

69.96

47 - Valor Total (R\$)

69.96

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

48 - Sexo 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 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- / /

2- / /

3- / /

4- / /

5- / /

6- / /

7- / /

8- / /

9- / /

10- / /

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 Gases Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

JESSYCALIMA Data/Hora: 18/09/2024 10:45:50

Conta/Lote: 2452546

Atendimento: 4445561

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2452546

1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 2376717		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome VINICIUS DEL CUCHI BORGES		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 59		14 - Nome do Contratado VICTOR HUGO MARIANO RAMOS	
15 - Nome do Profissional Solicitante VICTOR HUGO MARIANO RAMOS		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 25919		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Cartão Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 03/09/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabula 25 - Código do Procedimento 40604097	
26 - Descrição RX - Pa ou probosciteo		27 - Qtd. Solc. 1	
28 - Qtd. 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 - Tabula	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtd.		43 - Via	
44 - Tec.		45 - Faix 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 - Cons 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\$)			
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)			
61 - Total Materiais (R\$)			
62 - Total de OPRME (R\$)			
63 - Total de Medicamentos (R\$)			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 03/09/2024 17:08:49

Atendimento: 4445561

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4445561

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 23529

4 - Data da Autorização 03/09/2024
5 - Senha 20613

6 - Data Validade da Senha
7 - Número da Guia Ambulatório pela Operadora 23529

8 - Número da Carteira 2376717
9 - Validade da Carteira 31/12/2024

10 - Nome VINICIUS DEL CUCHI BORGES
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 JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO
16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 26551
18 - UF 41
19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
21 - Caracter Atendimento 2
22 - Data da Solicitação 03/09/2024
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora 59
30 - Nome do Contratado JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento 04
33 - Indicação de 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 03/09/2024
37 - Hora Inicial 16:02:52
38 - Hora Final 16:02:52
39 - Tabela 22
40 - Procedimento 10101039
41 - Descrição Consulta em pronto socorro
42 - Qlde 001
43 - Via
44 - Tec
45 - Fator ReduAcresc
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq.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- / /

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 OPIWE (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total de Gases Médicinas (R\$)
65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

ANTONIO. Data/Hora: 03/09/2024 16:03:14 Contat/Lote: 2452546 Atendimento: 4445561 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 2452546 1/1

Prontuário: 327587

Pedido: 1921872

Atend: 4445561

Paciente: **Vinicius Del Cuchi Borges**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Victor Hugo Mariano Ramos

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 03/09/2024

Dt Imagem: 03/09/2024

Dt Laudo: 05/09/2024 15:27:57

RADIOGRAFIA DE PÉ DIREITO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital, em AP, P .

Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

*O Centro de Imagem segue o princípio ALARA (as low as reasonably achievable radiation dose) que utiliza a menor dose de radiação necessária para a realização dos exames.



Dr. Marco Antonio Nicolodelli
CRM/PR: 14.702

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vinicius Del Cuchi Borges

Nº da Carteirinha: 2.37.6717

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 15/12/2014

Nº da Guia: 20613



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/09/2024	14:00:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Lábios

Descrição
O aluno estava correndo na hora da saída e se chocou com o colega e cortou o lábio de cima da boca. Foi colocado gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitora isa	(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora isa	03/09/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações
O aluno foi atendido pela monitora Isabele e encaminhado para o Hospital de referencia.

Ass.:

Alexandro Antônio Procópio Gaspar

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