

1 - Registro ANS 0	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Semha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização	5 - Semha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira	2376717	VINICIUS DEL CUCHI BORGES		
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	NILTON KIESEL FILHO	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	8961
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados				
21 - Cardiar Alendim.	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica		
2	03/09/2024			
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - Qlde. Solic.	28 - Qlde. Aut.
1	22	10101039	Consulta em pronto socorro	
Dados do Contrato Executante				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente ou Doença Reacionada	34 - Tipo de Consulta	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 - Código do Procedimento
1 - 11	11	11	11	11
2 - 11	11	11	11	11
3 - 11	11	11	11	11
4 - 11	11	11	11	11
5 - 11	11	11	11	11
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
1	1	1	1	1
2	1	1	1	1
3	1	1	1	1
4	1	1	1	1
5	1	1	1	1
6	1	1	1	1
7	1	1	1	1
8	1	1	1	1
9	1	1	1	1
10	1	1	1	1
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série				
1 - 1	1	1	1	1
2 - 1	1	1	1	1
3 - 1	1	1	1	1
4 - 1	1	1	1	1
5 - 1	1	1	1	1
6 - 1	1	1	1	1
7 - 1	1	1	1	1
8 - 1	1	1	1	1
9 - 1	1	1	1	1
10 - 1	1	1	1	1
59 - Total Procedimentos (R\$)				
60 - Total taxas e Aluguis (R\$)				
61 - Total Materiais (R\$)				
62 - Total de OPME (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: NILTON FILHO Data/Hora: 03/09/2024 18:39:20

Atendimento: 4445665

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4445665

CP 17.031-PR

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vinicius Del Cuchi Borges

Nº da Carteira: 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

Monitora isa

Telefone

(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros

Monitora isa

Data

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

Data do Atendimento

03/09/2024 C

Nº Atendimento

4445665

**HOSPITAL**
pequeno PRÍNCIPE

Paciente	Data de Nascimento	Sexo	CPF
VINICIUS DEL CUCHI BORGES	15/12/2014	M	
Responsável Legal 1	Responsável Legal 2		Telefone
FERNANDA DEL CUCHI	NAO INFOR		991440556
Endereço	Número	Complemento	
RUA RORAIMA DE 931 A 99999	1215	CASA 1	
Cidade	Bairro	CEP	UF
CURITIBA	CAJURU	82930000	PR
Convênio	Plano		CID
CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA	EMPRESARIAL		S015

Histórico - Anamnese

Classificação de risco:

DS_HIST_DOENCA_ATUA Trauma em boca**DS_EXAME_FISICO****NILTON KIESEL FILHO**

CRM: 8961