

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

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

6 - Data Validade da Semia 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 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 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 Red/Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 175,36.

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 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 de OPMs (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

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

Dr. Victor Hugo Ramos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 25919

Cópia Comypp

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	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 referência.

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

Impresso por: Alexandro Antônio Procópio Gaspar

1 de 1

CS CamScanner