



Clínica Adventista  
de Curitiba

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

2 - Nº Guia no Prestador: 24255

|                                                                                                  |                                                                                         |                                  |                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>0                                                                            | 3 - Número da Guia Principal                                                            | 6 - Data Validade da Senha       | 7 - Número da Guia Antecedente pelo Operadora          |
| 4 - Data da Autorização                                                                          | 5 - Senha                                                                               | 9 - Validade da Carteira         | 10 - Nome                                              |
| Dados do Beneficiário                                                                            |                                                                                         | BRYAN ANTONY DE SOUZA SVIAGUINCO |                                                        |
| 8 - Número da Carteira<br>33571172                                                               | 9 - Validade da Carteira                                                                | 10 - Nome                        | 11 - Cartão Nacional de Saúde                          |
| Dados do Solicitante                                                                             |                                                                                         |                                  |                                                        |
| 13 - Código na Operadora<br>76591569000130                                                       | 14 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 16 - Conselho Profissional<br>6  | 17 - Número no Conselho<br>224                         |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>HOSPITAL PEQUENO PRINCIPE                               | 16 - Conselho Profissional<br>6                                                         | 17 - Número no Conselho<br>224   | 18 - UF<br>41                                          |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados                                         |                                                                                         | 19 - Código CBO<br>225125        | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante            |
| 21 - Caráter Atendim.<br>2                                                                       | 22 - Data da Solicitação<br>19/11/2024                                                  | 23 - Indicação Clínica           | 24 - Tabela<br>22                                      |
| 25 - Código do Procedimento<br>10101039                                                          | 26 - Descrição<br>Consulta em pronto socorro                                            | 27 - Cide. Solic.<br>1           | 28 - Cide. Aut.                                        |
| Dados do Contratado Executante                                                                   |                                                                                         |                                  |                                                        |
| 29 - Código na Operadora                                                                         | 30 - Nome do Contratado<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 31 - Código CNES<br>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 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição |
| 1. / /                                                                                           | 1. / /                                                                                  | 1. / /                           | 1. / /                                                 |
| 2. / /                                                                                           | 2. / /                                                                                  | 2. / /                           | 2. / /                                                 |
| 3. / /                                                                                           | 3. / /                                                                                  | 3. / /                           | 3. / /                                                 |
| 4. / /                                                                                           | 4. / /                                                                                  | 4. / /                           | 4. / /                                                 |
| 5. / /                                                                                           | 5. / /                                                                                  | 5. / /                           | 5. / /                                                 |
| Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)                                               |                                                                                         |                                  |                                                        |
| 48 - Seq. Ref.                                                                                   | 49 - Grau Part.                                                                         | 50 - Código na operadora/CPF     | 51 - Nome do Profissional                              |
| 1. / /                                                                                           | 1. / /                                                                                  | 1. / /                           | 1. / /                                                 |
| 2. / /                                                                                           | 2. / /                                                                                  | 2. / /                           | 2. / /                                                 |
| 3. / /                                                                                           | 3. / /                                                                                  | 3. / /                           | 3. / /                                                 |
| 4. / /                                                                                           | 4. / /                                                                                  | 4. / /                           | 4. / /                                                 |
| 5. / /                                                                                           | 5. / /                                                                                  | 5. / /                           | 5. / /                                                 |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                                                                         |                                  |                                                        |
| 1. / /                                                                                           | 1. / /                                                                                  | 1. / /                           | 1. / /                                                 |
| 2. / /                                                                                           | 2. / /                                                                                  | 2. / /                           | 2. / /                                                 |
| 3. / /                                                                                           | 3. / /                                                                                  | 3. / /                           | 3. / /                                                 |
| 4. / /                                                                                           | 4. / /                                                                                  | 4. / /                           | 4. / /                                                 |
| 5. / /                                                                                           | 5. / /                                                                                  | 5. / /                           | 5. / /                                                 |
| 58 - Observações / Justificativa                                                                 |                                                                                         |                                  |                                                        |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                                                                   |                                                                                         |                                  |                                                        |
| 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)                                                                |                                                                                         |                                  |                                                        |
| 61 - Total Materiais (R\$)                                                                       |                                                                                         |                                  |                                                        |
| 62 - Total de OPME (R\$)                                                                         |                                                                                         |                                  |                                                        |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)                                                                 |                                                                                         |                                  |                                                        |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)                                                             |                                                                                         |                                  |                                                        |
| 65 - Assinatura do Contratado                                                                    |                                                                                         |                                  |                                                        |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                  |                                                                                         |                                  |                                                        |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                   |                                                                                         |                                  |                                                        |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                    |                                                                                         |                                  |                                                        |

Impresso por: GABRIEL. Data/Hora: 19/11/2024 18:53:06

Atendimento: 4519094 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4519094

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Bryan Antony de Souza Sviaguinço  
**Nº da Carteira:** 3.357.1172  
**Instituição:** Escola Adventista Colombo



**Data de Nascimento:** 08/02/2015

**Nº da Guia:** 23295

| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade                |
|--------------------|----------|-------|--------------------------|
| 19/11/2024         | 16:09:00 | Pátio | Intervalo (Ex.: recreio) |

### O que aconteceu

Queda de mesmo nível

### Partes do corpo

Mão Esquerda, Cabeça, 3º Dedo Mão Esquerda

### Descrição

Aluno estava brincando com os colegas no pátio quando se virou muito rapidamente o que lhe fez cair em cima do 2º dedo da mão esquerda. Mas também se queixa de um pouco de tontura, e enjoo, disse não ter batido a cabeça ao ciar.

### Testemunha da ocorrência

Monitores

### Telefone

(41) 3028-5451

### Quem prestou primeiros socorros

Monitora Larissa

### Data

19/11/2024

| Local de atendimento                         | Endereço                | Nº       | Bairro                       | Telefone                         |
|----------------------------------------------|-------------------------|----------|------------------------------|----------------------------------|
| Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça | Rua Desembargador Motta | 107<br>0 | Água Verde,<br>Curitiba - PR | (41) 3310-1000<br>(41) 3310-1326 |

### Observações

Colocado gelo no local.

Ass.:

Larissa Lima Silva

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)