

1 - Registro ANS: **000000** 8 - Número da Guia Principal: **22517**

4 - Data da Autorização: _____ 5 - Semha: _____ 6 - Data Validade da Semha: _____ 7 - Número da Guia Autorizado para Operadora: **22517**

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira: **379050** 9 - Validade da Carteira: **30/10/2024** 10 - Nome: **JEFFERSON PROBST PORTUGAL** 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: *Dr. Licio Ricardo Probst*

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
 21 - Caracter Atendimento: **2** 22 - Data da Solicitação: **28/10/2024** 23 - Indicação Clínica: _____

24 - Tabela: _____ 25 - Código do Procedimento: _____ 26 - Descrição: _____ 27 - QLSeg: _____ 28 - QLAutoriz: _____

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): _____ 34 - Tipo de Consulta: **1** 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento: _____

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qide	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Real/Anese	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	28/10/2024	12:38:11	12:38:11	22	10101039	001					145,36
					Consulta em pronto socorro						

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Seq. Real: _____ 49 - Grau Part: _____ 50 - Código na operador/CNPJ: _____ 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: *Y. P. Paussa R.P.* 68 - Assinatura do Contratado: *Dr. Licio Ricardo Probst*

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Jefferson Probst Portugal
Nº da Carteira: 3.7.9050
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 28/11/2016 **Nº da Guia:** 22517

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/10/2024	10:24:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Braço Esquerdo, Cotovelo Esquerdo

Descrição

O aluno veio a sala de apoio, pois estava na sala de aula quando o colega o pegou pela barriga e o jogou no chão, para não bater a cabeça ele apoiou o braço esquerdo batendo o cotovelo no chão, foi posto gelo no local. O caso foi para a orientação.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Auxiliar Mirla	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kelly Souza	28/10/2024

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

O aluno veio a sala de apoio, pois estava na sala de aula quando o colega o pegou pela barriga e o jogou no chão, para não bater a cabeça ele apoiou o braço esquerdo batendo o cotovelo no chão, foi posto gelo no local. O caso foi para a orientação.

Ass.:

Alisson Felipe Souza da 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 (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