

1 - Reg. sro ANS

0

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

23820

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

378986

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

SAMUEL LASKA BUMIELER FERREIRA

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

JANINE BOMFIM MENDONCA

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

49220

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão Atendimento

08/10/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Cide. Solic.

1

28 - Cide. Aut.

1

Janine Bomfim Mendonça
Médica Pediatra
CRM-PR 49720
RQE 30614

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

42 - Cide.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fat. Red/Acreso

46 - Valor Unitário(R\$)

47 - Valor Total(R\$)

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

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 OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: JANINE.

Data/Hora: 08/10/2024 17:06:45

Atendimento: 4480047

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4480047

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Samuel Laska Bumiller Ferreira
Nº da Carteira: 3.7.8986
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 15/07/2017

Nº da Guia: 21870

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/10/2024	09:53:00	Pátio	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Rosto

Descrição

O aluno veio à sala de atendimento após receber uma bolada no rosto, deixando a área avermelhada.

Testemunha da ocorrência

Professora Auxiliar Mirlla

Telefone

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Sulamita

Data

08/10/2024

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 veio à sala de atendimento após receber uma bolada no rosto, deixando a área avermelhada.

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