

1 - Registro ANS 0 2 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autuação 5 - Sexo 6 - Data Validade da Guia 7 - Número da Guia Anulada pelo Operador

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 16241 9 - Validade da Carteira 10 - Nome DAVI GOMES SIMOES 11 - Cartão Nacional de Saúde 12 - Atribuição 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 STANLEY JOAO LUIAN CAMACHO 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número da Consulta 5215 18 - UF 41 19 - Código CBO 225124 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitados 21 - Carteira Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 25/03/2024 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 0101032 26 - Descrição Consulta em pronto socorro 27 - Qtd. Solic. 1 28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado 29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO 31 - Código CINES 15563

5009

Dr. Stanley Camacho  
Pediatra  
CRM/PR 5215

Dados do Atendimento 32 - Tipo de Atendimento 33 - Tipo de Consulta 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Interferência do Atendimento

| 36 - Data  | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição    | 42 - Qtd. | 43 - Vlr. 44 - Rec. | 45 - Fcl. Red/Acresc. | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|------------|-------------------|-----------------|-------------|-----------------------------|-------------------|-----------|---------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| 25/03/2024 |                   |                 |             | 18101032                    | EM PRONTO SOCORRO |           |                     |                       |                           | 158,00                 |

| 48 - Seq. Ref. | 49 - Grau Prof. | 50 - Código na Operadora(CPF) | 51 - Nome do Profissional | 52 - Cont. Profissional | 53 - Número no Conselho | 54 - UF | 55 - Código CBO |
|----------------|-----------------|-------------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
|                |                 |                               |                           |                         |                         |         |                 |

56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxa e Aluguel (R\$) 61 - Total Honorários (R\$) 62 - Total de Cópia (R\$) 63 - Total do Monteprevidência (R\$) 64 - Total do Gastos Incidência (R\$) 65 - Total Geral (R\$) 66 - Assinatura do Responsável pela Autuação 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Davi Gomes Simões

**Nº da Carteira:** 2.11.7956

**Instituição:** Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



**Data de Nascimento:** 03/01/2011

**Nº da Guia:** 16241

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 25/03/2024         | 11:42:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu               | Partes do corpo |
|-------------------------------|-----------------|
| Queda de altura (Ex.: escada) | Pescoço         |

## Descrição

Hoje o Davi tropeçou na educação física e caiu de costas e bateu a cabeça na parte de trás. Ele está se queixando de dor. Fizemos gelo e ligamos para mãe. Ele está preocupado porque já fez cirurgia na cabeça.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Professor                | (41) 3225-1920 |

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

## Observações

Ligamos para família para que ele fique em observação e se necessário e recomendamos raio x.

Ass.:

Deizi Danielli 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)