



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

2 - Nº Guia no Prestador 4260576000000

1 - Registro ANS		5 - Número da Guia Principal	
000000			
4 - Data da Autorização		5 - Série	
21/03/2024		15448	
6 - Data Validade da Série		7 - Número da Guia Atribuído para Operador	
		15448	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
3382554		23/02/2024	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
KAIQUE CIDRA NEPOMOCENO DA SILV		12 - Atendimento a RN	
		N	
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado	
76591569000130		ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS		6	
17 - Número no Conselho		18 - UF	
51922		41	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
225230			
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caracter Atendimento		22 - Data da Solicitação	
2		21/03/2024	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento	
		26 - Descrição	
		27 - QI Solic.	
		28 - QI Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
76591569000130		ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
31 - Código CNES			
15563			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	
04		9	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
1			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data		37 - Hora Inicial	
38 - Hora Final		39 - Tabela	
		40 - Procedimento	
		41 - Descrição	
42 - QI de		43 - Via	
44 - Tec		45 - Fator Real/Acresc	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Rel.		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		58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1- / /		2- / /	
3- / /		4- / /	
5- / /		6- / /	
7- / /		8- / /	
9- / /		10- / /	
59 - Observações / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	
0.00		160.86	
61 - Total Materiais (R\$)		62 - Total de OPMs (R\$)	
1587.75		0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Gases Médicinais (R\$)	
5.65		0.00	
65 - Total Gata (R\$)		66 - Assinatura do Contratado	
1754.26			
68 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

EDUARDA. Data/Hora: 21/03/2024 16:57:55

Contat/ote: 2345889

Atendimento: 4260576

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2345889



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

2 - Nº Guia no Prestador 4260576000000

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 4260576000000

4 - Data da Autorização
5 - Sanha
6 - Data Validade da Sanha
7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira 3382554
9 - Validade da Carteira 23/02/2024
10 - Nome KAIQUE CIDRA NEPOMOCENO DA SILVA
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 GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 51922
18 - UF 41
19 - Código CBO 225230
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Cartão Atendim. 23/02/2024
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contrato e Executante
29 - Código na Operadora 59
30 - Nome do Contratado GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS
31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento 04
33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada 9
34 - Tipo de Consulta 1
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qlde 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Real/Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
1 23/02/2024 15:59:22 15:59:22 22 10101039 Consulta em pronto socorro 001 001

30101494 Autura

001

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Prof. 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- / / 3- / / 5- / / 7- / / 9- / /
2- / / 4- / / 6- / / 8- / / 10- / /

58 - Observações / Justificativa
59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de OPM (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

1 - Registro ANS 000000 8 - Número da Guia Principal 4260576000000

4 - Data da Autorização 5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

3382554

9 - Validade da Carteira

23/02/2024

10 - Nome

KAIQUE CIDRA NEPOMOCENO DA SILVA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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

GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

51922

18 - UF

41

19 - Código CBO

225230

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

23/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QLSolic.

28 - QLAutoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

59

30 - Nome do Contratado

GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS

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

23/02/2024

37 - Hora Inicial

15:59:22

38 - Hora Final

15:59:22

39 - Tabela

22

40 - Procedimento

10101039

41 - Descrição

Consulta em pronto socorro

42 - Cide

001

43 - Via

001

44 - Rec

001

45 - Fator Red/Acresc

001

46 - Valor Unitário (R\$)

001

47 - Valor Total (R\$)

001

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na operador/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

ELIANE.

Data/Hora: 23/02/2024 16:00:34

Contat/Lote: 2345889

Atendimento: 4260576

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2345889

1 / 1

1/1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Kaique Cidra Nepomoceno da Silva
Nº da Carteira: 3.38.2554
Instituição: Colégio Adventista Araucária

Data de Nascimento: 06/04/2019

Nº da Guia: 15448

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/02/2024	14:42:00	Sala de Aula	Deslocamento interno

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Rosto

Descrição

O aluno caiu na sala, bateu o fronte esquerda na quina da carteira, está com dor e sangramento.

Testemunha da ocorrência

Cleverson Turibio

Telefone

41996229237

Quem prestou primeiros socorros

Cleverson Turibio

Data

23/02/2024

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

Observações

O aluno recebeu os primeiros socorros pelo Coordenador disciplinar e Vice-Diretor com gases no corte.

Ass.:

CLEVERSON DA SILVA TURIBIO

C. N. P. J.
76.726.884/0042-04
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO
RUA SÃO VICENTE DE PAULO, 465
CENTRO - CEP 83.702-050
ARAUCÁRIA-PARANÁ

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

Zimbra

vinicius.wolski@hpp.org.br

RES: *Spam*** HPP: KAIQUE CIDRA NEPOMOCENO DA SILVA- GUIA:15448**

De : assistenciamedica@clinicaadventista.org.br

qua., 20 de mar. de 2024 17:40

Assunto : RES: ***Spam*** HPP: KAIQUE CIDRA
NEPOMOCENO DA SILVA- GUIA:15448

📎 1 anexo

Para : 'Vinicius Henrique Wolski'
<vinicius.wolski@hpp.org.br>

Boa tarde Vinícius,

Autorizado

Atenciosamente,

Leticia Silva Carvalho**Coordenadora de Informação da Saúde**

☎ (41) 3240-2915

📠 (41) 99895-0157

cood.gestaoasaude@clinicaadventista.org.brClínica Adventista
de CuritibaClínica Adventista
de Porto Alegre

De: Vinicius Henrique Wolski <vinicius.wolski@hpp.org.br>**Enviada em:** quarta-feira, 20 de março de 2024 17:21**Para:** assistenciamedica@clinicaadventista.org.br**Cc:** Natalia Schiestl da Silva <natalia.silva@hpp.org.br>**Assunto:** ***Spam*** HPP: KAIQUE CIDRA NEPOMOCENO DA SILVA- GUIA:15448

Leticia, boa tarde.

Segue conforme falamos, podemos cobrar o item em conta?

Grato.

Attt

De: "Natalia Schiestl da Silva" <natalia.silva@hpp.org.br>**Para:** "gestaosaude" <gestaosaude@clinicaadventista.org.br>, "assistenciamedica" <assistenciamedica@clinicaadventista.org.br>**Cc:** "liberacoes-emergenciais" <liberacoes-emergenciais@hpp.org.br>**Enviadas:** Quarta-feira, 6 de março de 2024 13:47:55**Assunto:** HPP: KAIQUE CIDRA NEPOMOCENO DA SILVA- GUIA:15448

Bom dia prezados(as)

Paciente: KAIQUE CIDRA NEPOMOCENO DA SILVA

GUIA:15448

Segue anexo Anamnese do atendimento do paciente acima citado.

Solicito liberação da COLA HISTOACRYL - 70312426 x 01.

Desde já agradeço;

Att.e



Natalia Schiestl da Silva

Auxiliar de Central de Guias

+55.41.3310.1007

natalia.silva@hpp.org.br

Hospital Pequeno Príncipe www.hpp.org.br Complexo Pequeno

Príncipe www.pequenoprincipe.org.br



Esta mensagem pode conter informações pessoais ou sigilosas. Se você não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber este e-mail, não deverá utilizar, copiar, alterar, compartilhar ou divulgar as informações nele inseridas. Se você recebeu esta mensagem por engano, favor avisar imediatamente a pessoa remetente respondendo ao e-mail e em seguida apagando-o.

This message may contain personal or confidential information. If you are not the recipient or the person authorized to receive this e-mail, you should not use, copy, alter, share or disclose the information contained in it. If you have received this message by mistake, please notify the sender immediately by replying to the e-mail and then deleting it.