

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 4276020000000

4 - Data de Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2791235

9 - Validade da Carteira 11/03/2024

10 - Nome MATHEUS BONFIM FLORES

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 STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 5215

18 - UF 41

19 - Código CBO 225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante EM ANEXO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter. Atendim. 22 - Data da Solicitação 11/03/2024 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59 30 - Nome do Contratado STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO

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	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 11/03/2024	12:09:08	12:09:08	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001		1,00			158.00

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

48 - Seq. Ref.	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

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 OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
175.36	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	158.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

ELIANE. Data/Hora: 11/03/2024 16:18:35

Contat/Lote: 2354947

Atendimento: 4276020

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



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

2. Nº

SEI

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização	8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	14 - Nome do Contratado	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho
13 - Código na Operadora	15 - Nome do Profissional Solicitante	21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.	29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES	32 - Tipo de Atendimento
33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela
40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./cresc.	46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)	48 - Seq. Ref. 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 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)
62 - Total de OPME (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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Bonfim Flores

Nº da Carteira: 2.79.1235

Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 11/08/2012

Nº da Guia: 15832



Data da Ocorrência

Horário

Local

11/03/2024

09:10:00

Pátio

Atividade

Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

Aluno estava no pátio na hora do intervalo em pé com alguns amigos, e um colega passou correndo e empurrou ele sem querer, onde ele caiu de costas e bateu a cabeça no chão. Consequentemente está com dor, e enjojo.

Testemunha da ocorrência

Colegas

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Paloma

Data

11/03/2024

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

Aluno foi atendido no Colégio com gelo, e ficou alguns minutos em observação. Feito contato com os pais e encaminhamento para o hospital Pequeno Príncipe.

Ass.:

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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

DADOS DO PACIENTE

CODIGO 00195931

Nome Paciente: MATHEUS BONFIM FLORES
Data Nasc: 11/08/2012
Resp. Legal 1: CASSIA DE BONFIM DE PAULA
Endereço: RUA MARCILIO BIANCHETTI
Cidade: SAO JOSE DOS PINHAIS
Responsável: CASSIA DE BONFIM DE PAULA

Resp. Legal 2: JHONY CASTRO FLORES
Número: 168
Bairro: RIO PEQUENO
Telefone: 996793974

Idade: 11 Anos 7 Meses 0 Dia Sexo: MASCULIN
CNS do Paciente:
Complemento: AP 403 BL 2
CEP: 83065350 UF: PR
Grau de Parentesco: MAE

DADOS DO ATENDIMENTO

CODIGO 04276020

Medico(a): STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO CRM: 5215
Data/Hora: 11/03/2024 - 12:09 Plano: EMPRESARIAL
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Unid. Internação:
Leito:
Matrícula: 2791235

Anamnese**História da Doença Atual (HDA)**

queda de nível nega vomitos = nausea

Exame Físico

be gafebril oro ndn pulmoes livres otoscopia ndn snc n trauma regioao parietal d

Diagnóstico

tce

Tratamento/Conduta

rex de cranio pa = perfil

Medico(a): STANLEY JOAO LUJAN CAMACHO
CRM: 5215