

1 - Registro ANS 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 10/02/2025

5 - Série 24110

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Autorizado pelo Operador 24110

8 - Número do Carteira 2326272

9 - Validade da Carteira 10/02/2025

10 - Nome DAVI GONCALVES STEIL

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 VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 23262

18 - UF 41

19 - Código CBO 225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Carteira Atendim. 2

22 - Data da Solicitação 10/02/2025

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 76591569000130

30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação do Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

04

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 - Qlile 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

1 10/02/2025 16:39:55 16:39:55 22 40801098 RX - Ossos da face 001 1.00 81,58 81,58

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\$) 81,58

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00

61 - Total Materiais (R\$) 0,00

62 - Total do OPME (R\$) 0,00

63 - Total de Marcacmentos (R\$) 0,00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00

65 - Total Geral (R\$) 81,58

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

TALITA.

Data/Hora: 17/02/2025 09:24:49

Contat./ote: 2522905

Atendimento: 4576678

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2522905

Clinica Adventista  
de Curitiba

1 - Registro ANS 0 3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 5 - Sentia

Dados do Beneficiário 9 - Validade da Carteira

10 - Nome DAVI GONCALVES STEIL

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante 13 - Código na Operadora RF

14 - Nome do Contratado VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO

15 - Nome do Profissional Solicitante VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Caracter Atendimento 22 - Data da Solicitação 10/02/2025 23 - Indicação Clínica

24 - 1.ª tabela 25 - Código no Procedimento 40891058 26 - Descrição RX - Ossos da face

Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR PAUL CARNEIRO

Dados do Atendimento 32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente ou Doença Reacionada 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - 1.ª tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Total Red/Acresc 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 Sítio 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 Medicamentos (R\$) 63 - Total de Custos Medicinais (R\$) 64 - Total Geral (R\$) 65 - Assinatura do Responsável pela Autorização 66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização 69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 90 - Assinatura do Contratado

Dr. Vanessa de Paula Pozzo  
pediatra  
CRM 23.262-PR



## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Davi Gonçalves Steil  
**Nº da Carteira:** 2.32.6272  
**Instituição:** Colégio Adventista Alto Boqueirão



**Data de Nascimento:** 12/07/2018

**Nº da Guia:** 24110

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 10/02/2025         | 10:40:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu      | Partes do corpo |
|----------------------|-----------------|
| Queda de mesmo nível | Rosto           |

### Descrição

O aluno estava na aula de educação física e caiu batendo o nariz, não houve sangramento

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Talita                   | (41) 3051-8600 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Talita                          | 10/02/2025 |

| Local de atendimento                         | Endereço                | Nº   | Bairro                    | Telefone                         |
|----------------------------------------------|-------------------------|------|---------------------------|----------------------------------|
| Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça | Rua Desembargador Motta | 1070 | Água Verde, Curitiba - PR | (41) 3310-1000<br>(41) 3310-1326 |

### Observações

Foi aplicado gelo no local e comunicado ao responsável do aluno.

Ass.:

Leonardo de Assis Rosa

Leonardo de A. Rosa  
Coordenador Disciplinar

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)

|                                               |            |                              |            |
|-----------------------------------------------|------------|------------------------------|------------|
| 1 - Registro ANS                              | 000000     | 2 - Número da Guia Principal |            |
| 4 - Data da Autorização                       | 05/02/2025 | 5 - Senha                    | 24037      |
| 6 - Número da Carteira                        | 378401     | 7 - Data Validade da Senha   |            |
| 8 - Número da Guia Ambulatório para Operadora | 24520      | 9 - Validade da Carteira     | 31/12/2025 |

|                       |           |                           |                               |                       |   |
|-----------------------|-----------|---------------------------|-------------------------------|-----------------------|---|
| Dados do Beneficiário | 10 - Nome | MIGUEL LEVANDOSKI BATISTA | 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 | EMANUEL SANTOS BIBIANO      | 16 - Conselho Profissional | 6                       | 17 - Número no Conselho                                      | 47068           |
| 18 - UF                               | 41                          | 19 - Código CBO            | 225270                  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                  |                 |
| 21 - Caracter Atendimento             | 2                           | 22 - Data da Solicitação   | 05/02/2025              | 23 - Indicação Clínica                                       |                 |
| 24 - Tabela                           | 25 - Código do Procedimento | 26 - Descrição             |                         | 27 - QI Solic.                                               | 28 - QI Autent. |

|                                |                          |                |                         |                                                              |                  |       |
|--------------------------------|--------------------------|----------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|-------|
| Dados do Contratado Executante | 29 - Código na Operadora | 76591569000130 | 30 - Nome do Contratado | ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO | 31 - Código CNES | 15563 |
|--------------------------------|--------------------------|----------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|-------|

|                      |                       |    |                                                             |   |                       |   |                                            |  |
|----------------------|-----------------------|----|-------------------------------------------------------------|---|-----------------------|---|--------------------------------------------|--|
| Dados de 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 |  |
|----------------------|-----------------------|----|-------------------------------------------------------------|---|-----------------------|---|--------------------------------------------|--|

| 36 - Data  | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Procedimento | 41 - Descrição                           | 42 - QI | 43 - Via | 44 - Tec | 45 - Fator Real/Adesao | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|------------|-------------------|-----------------|-------------|-------------------|------------------------------------------|---------|----------|----------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| 05/02/2025 | 17:26:00          | 17:26:00        | 22          | 40803104          | RX - Antebraço                           | 001     |          |          | 1,00                   | 78,76                     | 78,76                  |
| 05/02/2025 | 17:26:00          | 17:26:00        | 22          | 40803112          | RX - Punho                               | 001     |          |          | 1,00                   | 79,87                     | 79,87                  |
| 05/02/2025 | 17:26:00          | 17:26:00        | 22          | 40804062          | RX - Paleia                              | 001     |          |          | 1,00                   | 75,31                     | 75,31                  |
| 05/02/2025 | 17:26:00          | 17:26:00        | 22          | 40804089          | RX - Articulação tibiotarica (tornozelo) | 001     |          |          | 1,00                   | 76,54                     | 76,54                  |

|                                                    |                |                 |                              |                           |                            |                         |         |                 |
|----------------------------------------------------|----------------|-----------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| Identificação do(a) 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 do Procedimentos em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 58 - Observações / Justificativa |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|

|                                |        |                                    |      |                            |      |                          |      |                                  |      |                                     |      |                        |        |
|--------------------------------|--------|------------------------------------|------|----------------------------|------|--------------------------|------|----------------------------------|------|-------------------------------------|------|------------------------|--------|
| 59 - Total Procedimentos (R\$) | 310.48 | 60 - Total Taxas e Anuidades (R\$) | 0.00 | 61 - Total Materiais (R\$) | 0.00 | 62 - Total de OPIE (R\$) | 0.00 | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 0.00 | 64 - Total de Clases Medicais (R\$) | 0.00 | 65 - Total Geral (R\$) | 310.48 |
|--------------------------------|--------|------------------------------------|------|----------------------------|------|--------------------------|------|----------------------------------|------|-------------------------------------|------|------------------------|--------|

|                                                 |                                                |                               |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 68 - Assinatura do Contratado |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 24520

4 - Data da Autorização 05/02/2025 5 - Sentia 24037

6 - Data de Validade da Sentia 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24520

8 - Número da Carteira 378401 9 - Validade da Carteira 31/12/2025

10 - Nome MIGUEL LEVANDOSKI BATISTA

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 ANDREA FINATTO 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 43948 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 05/02/2025 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 59 30 - Nome do Contratado ANDREA FINATTO 31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento 32 - Tipo de Atendimento 04 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 1 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 91 - Regime de atendimento 92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 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./Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

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 - Observação / Justificativa 59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OFME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Casos Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado 69 - Assinatura do Profissional 70 - Assinatura do Profissional 71 - Assinatura do Profissional 72 - Assinatura do Profissional 73 - Assinatura do Profissional 74 - Assinatura do Profissional 75 - Assinatura do Profissional 76 - Assinatura do Profissional 77 - Assinatura do Profissional 78 - Assinatura do Profissional 79 - Assinatura do Profissional 80 - Assinatura do Profissional 81 - Assinatura do Profissional 82 - Assinatura do Profissional 83 - Assinatura do Profissional 84 - Assinatura do Profissional 85 - Assinatura do Profissional 86 - Assinatura do Profissional 87 - Assinatura do Profissional 88 - Assinatura do Profissional 89 - Assinatura do Profissional 90 - Assinatura do Profissional 91 - Assinatura do Profissional 92 - Assinatura do Profissional 93 - Assinatura do Profissional 94 - Assinatura do Profissional 95 - Assinatura do Profissional 96 - Assinatura do Profissional 97 - Assinatura do Profissional 98 - Assinatura do Profissional 99 - Assinatura do Profissional 100 - Assinatura do Profissional

ANTONIO. Data/Hora: 05/02/2025 16:12:00 Conta/Lote: 2521192 Atendimento: 4573154 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Andréa Finatto  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PR 43948 RQE 3201

CRM: 26.511 RQE: 13271

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Miguel Levandoski Batista  
Nº da Carteira: 3.7.8401  
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão

Data de Nascimento: 11/11/2017

Nº da Guia: 24037

| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade                |
|--------------------|----------|-------|--------------------------|
| 05/02/2025         | 14:59:00 | Pátio | Intervalo (Ex.: recreio) |

| O que aconteceu                                              | Partes do corpo |
|--------------------------------------------------------------|-----------------|
| Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira) | Joelho Direito  |

### Descrição

O aluno veio a sala de apoio, pois estava no intervalo correndo, a monitora pediu para não correr mas mesmo assim continuou e acabou caindo batendo o joelho direito no chão ficando um pouco avermelhado, foi aplicado gelo na área afetada. O aluno está com um pouco de dificuldade para andar.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Monitora Flávia          | (41) 3051-8550 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Kelly Souza                     | 05/02/2025 |

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

### Observações

O aluno veio a sala de apoio, pois estava no intervalo correndo, a monitora pediu para não correr mas mesmo assim continuou e acabou caindo batendo o joelho direito no chão ficando um pouco avermelhado, foi aplicado gelo na área afetada. O aluno está com um pouco de dificuldade para andar.

Ass.: \_\_\_\_\_

*Kelly Souza*

Kelly souza de sant'ana

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)