

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heitor Ramos de Souza
Nº da Carteira: 2.80.782
Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande



Data de Nascimento: 02/09/2012 **Nº da Guia:** 4784

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/12/2021	17:09:00	Sala de Aula	O aluno estava brincando e se machucou sozinho na porta da sala.

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno acabou batendo na porta da sala de aula o polegar da mão direita. Teve um leve inchaço, foi feito gelo no local.

Testemunha da ocorrência

Monitora

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Josiane Mattos

Data

09/12/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Policlínica Fazenda Rio Grande	Rua Ephigênio Pereira da Cruz	1396	Pioneiros	(41) 3614-2700

Observações

O aluno foi atendido e esclarecido para o responsável.

Ass.:

Diego Henrique De Jesus Frata

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

CLÍNICA ADVENTISTA DE

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

00000447605

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira
20807825 - Validade da Carteira
10/10/20226 - Atendimento a RN
N7 - Nome
HEITOR RAMOS DE SOUZA

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande11 - Código CNES
012 - Nome do Profissional Executante
DEMETRYUS DO PARANA SCHILA13 - Conselho Profissional
614 - Número no Conselho
1385315 - UF
PR16 - Código CBO
225125

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
918 - Data do Atendimento
10/12/202119 - Tipo de Consulta
120 - Tabela
2221 - Código do Procedimento
001010101222 - Valor do Procedimento
95,00

23 - Observação / Justificativa

Dr. Demetryus Schila
Médico
CRM-PR 13853

24 - Assinatura do Profissional Executante

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

00000447613



1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
10/12/2021

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2080782

9 - Validade da Carteira
27/09/2022

10 - Nome
HEITOR RAMOS DE SOUZA

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
01015553000180

14 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante
DEMETRIYUS DO PARANA SCHILIA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
13853

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Demetrius do Parana Schilia
Médico

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
10/12/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
RX MÃO OU QUIRODÁCTILO

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.

1
2
3
4
5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES
3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
02

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\$)
10/12/2021	12:18	a	12:18	22	0040803120	RX MÃO OU QUIRODÁCTILO	001			1,00	35,64
2											
3											
4											
5											

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
1	12	30182190900	HELIO SCHULMAN	06	5214	41	225320

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

1	10/12/2021	3	1	1	5	1	1	7	1	9	1	1
2	1	4	1	1	6	1	1	8	1	10	1	1

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
35,64

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

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

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

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

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

65 - Total Geral (R\$)
35,64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado