

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Matheus Melo Wudarski  
**Nº da Carteirinha:** 2.78.1160  
**Instituição:** Colégio Adventista Pinhais



**Data de Nascimento:** 07/09/2013

**Nº da Guia:** 25548

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 24/03/2025         | 16:08:00 | Quadra | Aula de educação física |

## O que aconteceu

Torção

## Partes do corpo

Pé Direito

## Descrição

O aluno estava em Ed. Física, quando torceu o pé direito. Sentiu dor, mas está firme e consciente. Ele tem onze anos.

## Testemunha da ocorrência

Professor Felipe

## Telefone

(41) 3097-7450

## Quem prestou primeiros socorros

Monitor Thomas

## Data

24/03/2025

## Local de atendimento

## Endereço

## Nº

## Bairro

## Telefone

Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça

Rua Desembargador Motta

107  
0

Água Verde,  
Curitiba - PR

(41) 3310-1000  
(41) 3310-1326

## Observações

A mãe foi avisada. Damos gelo no local machucado. Esta guia permite a entrada médica no hospital acima citado.

Ingo Iwankiw  
Coordenador Disciplinar

Ass.:

Ingo Iwankiw

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: <http://sistemas.usb.org.br/wma> (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  
3 - Número da Guia Principal 13760110

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

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira  
9 - Validade da Carteira  
10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

25548

24/03/2025

MATHEUS MELO WUDARSKI

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  
ANDRE MARCELO OKURA

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 23173

18 - UF 41

19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento 2  
22 - Data da Solicitação 24/03/2025  
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 59  
30 - Nome do Contratado ANDRE MARCELO OKURA

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 24/03/2025 | 18:48:38          | 18:48:38        | 22          | 10101039          | Consulta em pronto socorro | 001       |          |          |                        |                           |                        |

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\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

RITALIMA

Data/Hora: 24/03/2025 18:50:38

Conta/Lote: 2542201

Atendimento: 4613495

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2542201

1 / 1

589,07

589,07