

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 3637137000000

4 - Data da Autorização

5 - Semha

6 - Data Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

367914

9 - Validade da Carteira

30/07/2023

10 - Nome

DANIEL FELIX JOHNSON

11 - Cartão Nacional de Saúde

898004087375538

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

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

26551

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

29/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - CL Solic.

28 - CL Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

59

30 - Nome do Contratado

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

11

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

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

1 29/03/2022 17:30:45 17:30:45 22 10101039

Consulta em pronto socorro

42 - Qtda

001

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red/Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

145,53

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

48 - Seq. Rel.

49 - Grau Part.

50 - Código na operadora/CNPJ

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

ELIANE.

Data/Hora: 29/03/2022 17:30:25

Contat/Lote: 1987549

Atendimento: 3637137

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1987549

1/1

1/1

1/1

1/1

1/1

1/1

1/1

1/1

1/1

1/1

1/1

1/1

1/1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Daniel Félix Johnson
Nº da Carteirinha: 3.6.7914
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 16/09/2009

Nº da Guia: 5492

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/03/2022	16:24:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição
em atividade da aula bola bateu no dedo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3051-8620

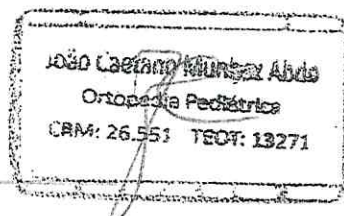
Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Janaina	29/03/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HPP - Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações
foi aplicado gelo e após alguns minutos gelo foi feito uma imobilização do dedo, não apresentou inchaço.

Ass.:

Elian Kelvin dos Santos



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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br