

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 3627899000000	6 - Data Validade da Sema 21/03/2022	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19382
4 - Data de Autorização 21/03/2022	5 - Sema 5330	9 - Validade da Carteira 30/12/2022	10 - Nome LUIZI BARBOSA DA SILVA
8 - Número da Carteira 5330		11 - Cartão Nacional de Saúde N	

Dados do Beneficiário	
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
15 - Nome do Profissional Solicitante NILTON KIESEL FILHO	16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 8961	18 - UF 41
19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Carteira Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 21/03/2022
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 NILTON KIESEL FILHO
Dados do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento 1	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 21/03/2022	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 15:05:07 15:05:07
39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039
41 - Descrição Consulta em pronto socorro	42 - Qlde 001
43 - Via	44 - Tec
45 - Fator Red/Accesc	46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)	48 - Valor Total (R\$)
49 - Seq. Ref.	50 - Código na operadora/CPF
51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho	54 - UF
55 - Código CBO	56 - Código CBO

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	
57 - Data de Realização de Procedimentos em Série 1- / / 2- / /	58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 3- / / 4- / /
59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 5- / / 6- / /	60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 7- / / 8- / /
61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 9- / / 10- / /	62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 11- / / 12- / /
63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 13- / / 14- / /	64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 15- / / 16- / /
65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 17- / / 18- / /	66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 19- / / 20- / /
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 21- / / 22- / /	68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 23- / / 24- / /
69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 25- / / 26- / /	70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27- / / 28- / /
71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 29- / / 30- / /	72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 31- / / 32- / /
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 33- / / 34- / /	74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 35- / / 36- / /
75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 37- / / 38- / /	76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 39- / / 40- / /
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 41- / / 42- / /	78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 43- / / 44- / /
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 45- / / 46- / /	80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 47- / / 48- / /
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 49- / / 50- / /	82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 51- / / 52- / /
83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 53- / / 54- / /	84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 55- / / 56- / /
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 57- / / 58- / /	86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 59- / / 60- / /
87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 61- / / 62- / /	88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 63- / / 64- / /
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 65- / / 66- / /	90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 67- / / 68- / /
91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 69- / / 70- / /	92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 71- / / 72- / /
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 73- / / 74- / /	94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 75- / / 76- / /
95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 77- / / 78- / /	96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 79- / / 80- / /
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 81- / / 82- / /	98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 83- / / 84- / /
99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 85- / / 86- / /	100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 87- / / 88- / /
101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 89- / / 90- / /	102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 91- / / 92- / /
103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 93- / / 94- / /	104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 95- / / 96- / /
105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 97- / / 98- / /	106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 99- / / 100- / /

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 Médicos (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
NILTON FILHO Data/Hora: 21/03/2022 16:49:30 Conta/Lote: 1981597 Atendimento: 3627899 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA						
1981597 1 / 1						

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Luiz Barbosa da Silva
Nº da Carteirinha: 3.38.1165
Instituição: Colégio Adventista Araucária

Data de Nascimento: 18/03/2008

Nº da Guia: 5330

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/03/2022	13:15:00	Sala de Aula	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição
Aluna escorregou ao chegar na aula.

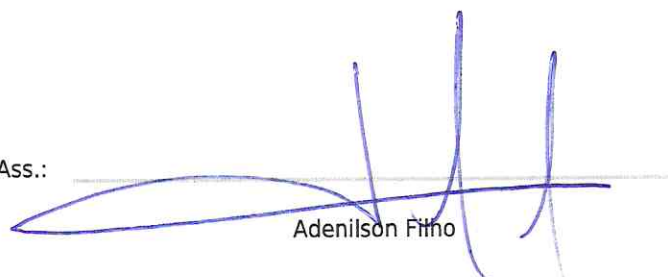
Testemunha da ocorrência	Telefone
Marco (monitor)	(41) 3028-5410

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ben-hur (Coordenador de Disciplina).	21/03/2022

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 comunicado ao pai que se direcionou a escola pra buscar aula.

Ass.:


Adenilson Filho

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