

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 3637162000000

4 - Data da Autorização 5 - Sentia 6 - Data Validade da Sentia 7 - Número da Guia Ambulatório pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 367966 9 - Validade da Carteira 30/07/2023 10 - Nome MATEUS VINICIUS DA GAMA ALVES 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 VICTOR HUGO MARIANO RAMOS 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 25919 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 29/03/2022 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59 30 - Nome do Contratado VICTOR HUGO MARIANO RAMOS 31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo do 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 - 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/CNP 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\$) 145.83

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

ELIANE. Data/Hora: 29/03/2022 18:07:12 Contat.ote: 1987568 Atendimento: 3637162 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mateus Vinicius da Gama Alves
Nº da Carteirinha: 3.6.7966
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 31/03/2010

Nº da Guia: 5493

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/03/2022	17:05:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Esquerdo, 1º Dedo Pé Esquerdo

Descrição
Estava em intervalo jogando bola foi chutar a bola e chutou o pé do colega.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Eduardo	(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	107 0	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações
foi aplicado gelo e ficou em observação até a chegada do responsável para estar levando ao médico.

Ass.:

Elian Kelvin dos Santos

Dr. Victor Hugo Ramos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 25919

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