



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 3824776000000

1 - Registro ANS 000000	5 - Número da Guia Principal 3824776000000	6 - Data Validade da Semha 19789	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 19789
4 - Data de Autorização 05/10/2022	5 - Semha ELEGIVEL	9 - Validade da Carteira 31/12/2022	10 - Nome MELISSA DE PAULA VERGILIO
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 8319	12 - Atendimento a RM 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 LEILA DERVICHE	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 12541	18 - UF 41
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 05/10/2022	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - QLSolic.	28 - QLSoliciz.
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado LEILA DERVICHE		31 - Código CNES 15563
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 1 05/10/2022	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 14:23:49 14:23:49	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039
		41 - Descrição Consulta em pronto socorro	42 - Cide 001
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Rel. 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			
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /
5 - / /	6 - / /	7 - / /	8 - / /
9 - / /	10 - / /		
59 - Observações / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total Taxas e Anúgios (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\$) 145.59	
66 - Assinatura do Responsável para Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Melissa D. O. Vergilio			
68 - Assinatura do Contratado			
LEILA.			
Data/Hora: 05/10/2022 15:01:29			
Conta/Lote: 2105595			
Atendimento: 3824776			
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			
2105595			
1 / 1			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Melissa de Paula Vergilio
Nº da Carteirinha: 2.78.1464
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 14/10/2013

Nº da Guia: 8319

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/10/2022	13:01:00	Escada	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Braço Direito

Descrição

A aluna tropeçou no cadarço do seu próprio tênis e caiu na escada. Batendo joelho, braço e rosto.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3097-7450

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe (SOMENTE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua Desembargador Motta	107 0	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

A aluna foi atendida na sala da coordenação disciplinar e passamos gelo no local. Informamos a responsável e encaminhamos ao hospital de referência.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: 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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 3822983000000

1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

04/10/2022

5 - Sentia

8270

6 - Data Validade da Sentia

8270

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8270

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

3267632

9 - Validade da Carteira

30/12/2022

10 - Nome

JULYA FARIAS GOMES

11 - Cartão Nacional de Saúde

707604210667990

12 - Atendimento a RV

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

ALLYN FERNANDA BIANCHI

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

46344

18 - UF

41

19 - Código CBO

225121

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

[Assinatura]

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

04/10/2022

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

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES

15563

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

42 - Qlde

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red/Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Sena/Rel.

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

1- / /

2- / /

3- / /

4- / /

5- / /

6- / /

7- / /

8- / /

9- / /

10- / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Anúncios (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Casos Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

ALLYN BIANCHI Data/Hora: 04/10/2022 12:02:17

Contat.ote: 2104728

Atendimento: 3822983

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2104728

1/1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Julya Farias Gomes
Nº da Carteira: 3.26.7632
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 30/10/2005

Nº da Guia: 8270

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/10/2022	09:17:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Olho Esquerdo

Descrição

Aluna recebeu uma bolada no rosto (olho esquerdo), devido ao impacto bateu a cabeça na parede. Recebeu gelo no local. Porém apresentar dor no local e tontura.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Carlos (monitor)	(41) 3028-5430
Carlos (monitor)	(41) 3028-5430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Carlos (monitor)	04/10/2022

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

Observações

Aluna recebeu uma bolada no rosto (olho esquerdo), devido ao impacto bateu a cabeça na parede. Recebeu gelo no local. Porém apresenta dor e tontura.

Ass.:

Djalma Antunes

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: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: 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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

Dr. Felipe N. Abrahão Jr.
Pediatrics / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Henry Andrew Maia
Nº da Carteira: 3.26.9094
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 24/04/2012

Nº da Guia: 8355

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/10/2022	10:53:00	Chácara TMA	No gramado próximo do lago.

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

Estava em uma atividade desenvolvida no gramado, escorregou e bateu a cabeça na grama.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Katia.

(41) 9904-1684

Quem prestou primeiros socorros

Data

Prof Kátia e Professora Juliana

06/10/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe (SOMENTE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua Desembargador Motta	107 0	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

Foi encaminhado para os responsáveis, o aluno será encaminhado ao hospital.

Ass.:

Everton Bigaiski

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: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: 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 / curitiba.clinicaadventista.org.br

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SA DT

2 - Nº Guia no Prestador 3830907000000

1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

11/10/2022

5 - Senha

ELEGIVEL

6 - Data Validade da Senha

19833

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

8460

9 - Validade da Carteira

31/12/2022

ESTELLA BALBO AFONSO

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

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

SAYURI ADRIANA NAKATANI HIOKI

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

13855

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

SAYURI NAKATANI HIOKI

21 - Cartão Atendim.

22 - Data da Solicitação

11/10/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76591569000130

30 - Nome do Contratado

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

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

42 - Qlde

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/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

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 OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Assinatura do Contratado

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

SAYURI.HIOKI Data/Hora: 11/10/2022 18:21:07

Conta/Lote: 2109048

Atendimento: 3830907

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2109048

1/1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Estella Balbo Afonso

Nº da Carteirinha: 2.33.6039

Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais - EIEFM

Data de Nascimento: 27/01/2014

Nº da Guia: 8460

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/10/2022	16:20:00	Pátio	Cama Elástica

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Lábios, Rosto

Descrição

A aluna estava escorregando quando um colega acabou batendo o braço na boca e no nariz da aluna vindo a fazer um corte estava começando a inchar.

Testemunha da ocorrência

Professora Evellyn

Telefone

(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros

Daniele

Data

11/10/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe (SOMENTE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua Desembargador Motta	107 0	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

Na sala de apoio foi feita compressa de gelo e a limpeza de local a mãe foi avisada do ocorrido.

Ass.:

Daniele Novaes Torino

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com cópias e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistema.adventista.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (para credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12

Telefone: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

Assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br