

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 4122336000000

4 - Data da Autorização 01/09/2023 5 - Senha 13154

6 - Data Validade da Senha 31/12/2023 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13154

8 - Número da Carteira 364012 9 - Nome MARIA JULIA CAVASSO SCROK 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 VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 8585 18 - UF 41 19 - Código CBO 225124 20 - Assinatura do Profissional Solicitante EMANEXI

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Caráter Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 01/09/2023 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - QLSolic. 28 - QLAutoriz.

Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 59 30 - Nome do Contratado VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA 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 01/09/2023 37 - Hora Inicial 10:53:44 38 - Hora Final 10:53:44 39 - Tabela 22 40 - Procedimento 10101039 41 - Descrição Consulta em pronto socorro 42 - Qide 001 43 - Via 1.00 44 - Tec 158.00 45 - Fator Red./Acresc 158.00 46 - Valor Unitário (R\$) 158.00 47 - Valor Total (R\$) 158.00

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

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 158.00 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 158.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

CHRISIAN.

Data/Hora: 01/09/2023 11:48:24

Contalote: 2270382

Atendimento: 4122336

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1 / 1

Clara Eudistark

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante	
21 - Cartão do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Qtd. Solic.	
28 - Qtd. Aut.		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Valor Red. Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref. 48 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	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Material (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		69 - Assinatura do Profissional		70 - Assinatura do Profissional		71 - Assinatura do Profissional	

5009.

Dr. Fábio Cavasso Junior

Dr. Vera Hamillo Barbosa
CRM-PR 8585

01/09/23

Dr. Vera Hamillo Barbosa

Dr. Vera Hamillo Barbosa
CRM-PR 8585

1 - Registro ANS

000000

3 - Número da Guia Principal

4109315000000

4 - Data da Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2791674

9 - Validade da Carteira

18/08/2023

10 - Nome

JULYA ALCYIA MOURA CARVALHO

11 - Cartão Nacional de Saúde

898004016363715

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

GUSTAVO MOURA DA M M FERREIRA PINTO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

43290

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

EMANEXO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

18/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Q1.Solic.

28 - Q1.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

59

30 - Nome do Contratado

GUSTAVO MOURA DA M M FERREIRA PINTO

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

18/08/2023

37 - Hora Inicial

10:13:30

38 - Hora Final

10:13:30

39 - Tabela

22

40 - Procedimento

10101039

41 - Descrição

Consulta em pronto socorro

42 - Q1de

001

43 - Via

001

44 - Tec

001

45 - Fator Red./Acresc

001

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

558,00

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 OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Total (R\$)

558,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

EMANEXO

LUCAS REIS

Data/Hora: 18/08/2023 12:30:13

Conta/Lote: 2263763

Atendimento: 4109315

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2263763

1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jylva Alycia Moura Carvalho

Nº da Carteira: 2.79.1674

Instituição: Colégio Adventista Alonzo Pena

Data de Nascimento: 15/09/2008

Nº da Guia: 12843



Data da Ocorrência	Morário	Local	Atividade
18/08/2023	08:55:00	Sala da Orientadora	Aluna estava com o pai na sala da Orientadora em conversa.

O que aconteceu	Partes do corpo
Aluna teve espasmos e uma convulsão	Cabeça

Descrição
Aluna estava com o pai na sala da orientadora em conversa, e começou com espasmos e teve uma convulsão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jaqueline	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jaqueline	18/08/2023

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

Observações
Aluna foi deixada até passar a convulsão, tentado contato com Samu e feito o encaminhamento para o hospital Pequeno Príncipe.

Ass: _____

Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

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 prestações) 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) 3240-2913 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro AHS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Sembr

6 - Data de Validade da Sembr

7 - Número da Guia Arribado pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Gustavo Mata Machado

CRM: 1000000000

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Carter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qtd. Solic.

28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de acidente (acidente ou doença relacionada)

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 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Rec.

45 - Fator Red. Acres.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

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 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

91 -

92 -

93 -

94 -

95 -

96 -

97 -

98 -

99 -

100 -

101 -

102 -

103 -

104 -

105 -

106 -

107 -

108 -

109 -

110 -

111 -

112 -

113 -

114 -

115 -

116 -

117 -

118 -

119 -

120 -

121 -

122 -

123 -

124 -

125 -

126 -

127 -

128 -

129 -

130 -

131 -

132 -

133 -

134 -

135 -

136 -

137 -

138 -

139 -

140 -

141 -

142 -

143 -

144 -

145 -

146 -

147 -

148 -

149 -

150 -

151 -

152 -

153 -

154 -

155 -

156 -

157 -

158 -

159 -

160 -

161 -

162 -

163 -

164 -

165 -

166 -

167 -

168 -

169 -

170 -

171 -

172 -

173 -

174 -

175 -

176 -

177 -

178 -

179 -

180 -

181 -

182 -

183 -

184 -

185 -

186 -

187 -

188 -

189 -

190 -

191 -

192 -

193 -

194 -

195 -

196 -

197 -

198 -

199 -

200 -

201 -

202 -

203 -

204 -

205 -

206 -

207 -

208 -

209 -

210 -

211 -

212 -

213 -

214 -

215 -

216 -

217 -

218 -

219 -

220 -

221 -

222 -

223 -

224 -

225 -

226 -

227 -

228 -

229 -

230 -

231 -

232 -

233 -

234 -

235 -

236 -

237 -

238 -

239 -

240 -

241 -

242 -

243 -

244 -

245 -

246 -

247 -

248 -

249 -

250 -

251 -

252 -

253 -

254 -

255 -

256 -

257 -

258 -

259 -

260 -

261 -

262 -

263 -

264 -

265 -

266 -

267 -

268 -

269 -

270 -

271 -

272 -

273 -

274 -

275 -

276 -

277 -

278 -

279 -

280 -

281 -

282 -

283 -

284 -

285 -

286 -

287 -

288 -

289 -

290 -

291 -

292 -

293 -

294 -

295 -

296 -

297 -

298 -

299 -

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 4097384000000
4 - Data da Autorização
5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 278451
9 - Validade da Carteira 04/08/2023
10 - Nome RAISSA CYMBALISTA METZKER
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 GUSTAVO MOURA DA M M FERREIRA PINTO
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 43290
18 - UF 41
19 - Código CBO 225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante EM ANEXO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim. 2
22 - Data da Solicitação 04/08/2023
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - QI.Solic.

28 - QI.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59
30 - Nome do Contratado GUSTAVO MOURA DA M FERREIRA PINTO
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 - QIde	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Real/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 04/08/2023	16:47:52	16:47:52	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001		1.00		158.00	158.00

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\$) 158.00
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00
61 - Total Materiais (R\$) 0.00
62 - Total de OPAIE (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 158.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

EM ANEXO

68 - Assinatura do Contratado

ELIANE. Data/Hora: 04/08/2023 17:12:22

ContatLote: 2257855

Atendimento: 4097384

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2257855

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Raissa Cymbalista Metzker
Nº da Carteirinha: 2.78.451
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 03/01/2014

Nº da Guia: 12580

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/08/2023	15:10:00	Quadra	Aula de educação física

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

Descrição

Aluna estava em aula de educação física, um colega jogou a bola durante a atividade e acertou a cabeça na parte de trás da aluna, foi aplicado gelo no local, aluna queixa de dor de cabeça.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. ^a Adriana	(41) 3097-7450

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

Observações

Aluna foi atendida na coordenação disciplinar e aplicado gelo no local afetado, foi comunicada a responsável e orientada a encaminhar ao hospital de referência.

Ass.:

Surion Velloso

PI

Fábio Bittencourt Machado

Fábio Bittencourt Machado
Coord. Disciplinar

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: 15.116.763/0001-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro AMS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado	
8 - Número da Carteira		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Centro do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Data de Solicitação		28 - Data de Atendimento		29 - Data de Encerramento		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Nome do Profissional	
33 - Tipo de Atendimento		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	
39 - Hora Inicial		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtd.		43 - Via		44 - Rec.	
45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		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		58 - Assinatura do Contratado		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPM (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	

Dr. Gustavo Maia Machado
CRM-PR 43290

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Camelia de Mota

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal
4100031000000

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2791467

9 - Validade da Carteira

08/08/2023

10 - Nome

BRYAN ROGERIO ANTUNES ARAUJO D

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

VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

8585

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

ANEXO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

08/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QI Solic.

28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

59

30 - Nome do Contratado

VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA

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

08/08/2023

37 - Hora Inicial

10:55:54

38 - Hora Final

10:55:54

39 - Tabela

22

40 - Procedimento

10101039

41 - Descrição

Consulta em pronto socorro

42 - Cide

001

43 - Via

001

44 - Tec

001

45 - Fator Red./Acrec

001

46 - Valor Unitário (R\$)

001

47 - Valor Total (R\$)

558,00

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 OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

558,00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

ANEXO

68 - Assinatura do Contratado

LUCAS.REIS

Data/Hora: 08/08/2023 11:47:59

Conta/Lote: 2259302

Atendimento: 4100031

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2259302



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bryan Rogerio Antunes Araujo do Prado
Nº da Carteira: 2.79.1467
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 28/07/2018

Nº da Guia: 12620

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/08/2023	08:00:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Rosto

Descrição

O Bryan estava fazendo aula de Ed. Física e tropeçou em uma colega e caiu batendo a testa no chão. Ele falou que sente um pouco de dor no local. A princípio ele ficou bem nervoso, mas depois foi se acalmando.

Testemunha da ocorrência

Alisson Gindra (Professor de Educação Física)

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Alisson Gindra

Data

08/08/2023

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

107
0

Água Verde, Curitiba
- PR

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

Observações

Fizemos o atendimento e colocamos gelo no local. E fizemos o encaminhamento para o Hospital Pequeno Príncipe.

Ass.:

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Rogério Pereira De Santana

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:

(para prestadores) ou E-mail:
(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

1 - Emprego
2 - Clínica Eletoral

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Nome do Beneficiário

7 - Validade da Carteira

8 - Nome do Contratado

9 - Data de Validade da Semha

10 - Número da Guia Arribuido pela Operadora

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Nome do Profissional Solicitante

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Data Solic.

28 - Data Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

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 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Vlr.

44 - Inc.

45 - Valor 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/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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Annuais (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gastos Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Dr. Vera Hamilton Barbosa
CRM-PR 8585

111

Atendimento 4106451

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a EN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Assinatura do Profissional Solicitante

22 - Assinatura do Profissional Solicitante

23 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Assinatura do Profissional Solicitante

25 - Assinatura do Profissional Solicitante

26 - Assinatura do Profissional Solicitante

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Profissional Solicitante

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Profissional Solicitante

31 - Assinatura do Profissional Solicitante

32 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Descrição

28 - Descrição

29 - Descrição

30 - Descrição

31 - Descrição

32 - Descrição

33 - Descrição

34 - Descrição

35 - Descrição

36 - Descrição

37 - Descrição

38 - Descrição

39 - Descrição

40 - Descrição

41 - Descrição

42 - Descrição

43 - Descrição

44 - Descrição

45 - Descrição

Dados do Atendimento

33 - Indicação de Atendimento

34 - Tipo de Atendimento

35 - Tipo de Atendimento

36 - Tipo de Atendimento

37 - Tipo de Atendimento

38 - Tipo de Atendimento

39 - Tipo de Atendimento

40 - Tipo de Atendimento

41 - Tipo de Atendimento

42 - Tipo de Atendimento

43 - Tipo de Atendimento

44 - Tipo de Atendimento

45 - Tipo de Atendimento

46 - Tipo de Atendimento

47 - Tipo de Atendimento

48 - Tipo de Atendimento

49 - Tipo de Atendimento

50 - Tipo de Atendimento

51 - Tipo de Atendimento

52 - Tipo de Atendimento

53 - Tipo de Atendimento

54 - Tipo de Atendimento

55 - Tipo de Atendimento

Dados do Atendimento

33 - Indicação de Atendimento

34 - Tipo de Atendimento

35 - Tipo de Atendimento

36 - Tipo de Atendimento

37 - Tipo de Atendimento

38 - Tipo de Atendimento

39 - Tipo de Atendimento

40 - Tipo de Atendimento

41 - Tipo de Atendimento

42 - Tipo de Atendimento

43 - Tipo de Atendimento

44 - Tipo de Atendimento

45 - Tipo de Atendimento

46 - Tipo de Atendimento

47 - Tipo de Atendimento

48 - Tipo de Atendimento

49 - Tipo de Atendimento

50 - Tipo de Atendimento

51 - Tipo de Atendimento

52 - Tipo de Atendimento

53 - Tipo de Atendimento

54 - Tipo de Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Descrição

43 - Descrição

44 - Descrição

45 - Descrição

46 - Descrição

47 - Descrição

48 - Descrição

49 - Descrição

50 - Descrição

51 - Descrição

52 - Descrição

53 - Descrição

54 - Descrição

55 - Descrição

56 - Descrição

57 - Descrição

58 - Descrição

59 - Descrição

60 - Descrição

61 - Descrição

62 - Descrição

63 - Descrição

64 - Descrição

65 - Descrição

66 - Descrição

67 - Descrição

68 - Descrição

69 - Descrição

70 - Descrição

71 - Descrição

72 - Descrição

73 - Descrição

74 - Descrição

75 - Descrição

76 - Descrição

77 - Descrição

78 - Descrição

79 - Descrição

80 - Descrição

81 - Descrição

82 - Descrição

83 - Descrição

84 - Descrição

85 - Descrição

86 - Descrição

87 - Descrição

88 - Descrição

89 - Descrição

90 - Descrição

91 - Descrição

92 - Descrição

93 - Descrição

94 - Descrição

95 - Descrição

96 - Descrição

97 - Descrição

98 - Descrição

99 - Descrição

100 - Descrição

101 - Descrição

102 - Descrição

103 - Descrição

104 - Descrição

105 - Descrição

106 - Descrição

107 - Descrição

108 - Descrição

109 - Descrição

110 - Descrição

111 - Descrição

112 - Descrição

113 - Descrição

114 - Descrição

115 - Descrição

116 - Descrição

117 - Descrição

118 - Descrição

119 - Descrição

120 - Descrição

121 - Descrição

122 - Descrição

123 - Descrição

124 - Descrição

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 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

91 -

92 -

93 -

94 -

95 -

96 -

97 -

98 -

99 -

100 -

101 -

102 -

103 -

104 -

105 -

106 -

107 -

108 -

109 -

110 -

111 -

112 -

113 -

114 -

115 -

116 -

117 -

118 -

119 -

120 -

121 -

122 -

123 -

124 -

125 -

126 -

127 -

128 -

129 -

130 -

131 -

132 -

133 -

134 -

135 -

136 -

137 -

138 -

139 -

140 -

141 -

142 -

143 -

144 -

145 -

146 -

147 -

148 -

149 -

150 -

151 -

152 -

153 -

154 -

155 -

156 -

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Matheus Cristian Matos da Silva
Nº da Carteira: 2.79.1570
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 28/10/2013

Nº da Guia: 12761

Data da Ocorrência	Horário	Local
15/08/2023	13:20:00	Pátio

Atividade

O aluno estava no pátio aguardando o horário para entrar na sala.

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

O Matheus estava no pátio aguardando o horário para entrar para sala, quando segundo ele um colega retirou a cadeira sem querer e ele caiu e bateu a parte de trás da cabeça na quina de um banco.

Testemunha da ocorrência

Colegas

Telefone

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Rogério

Data

15/08/2023

Local de atendimento

Endereço

Hospital Pequeno Principe

Rua Desembargador Motta

Nº

Bairro

107
0

Água Verde, Curitiba
- PR

Telefone

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

Observações

Eu fiz o atendimento e liguei para a mãe avisando. E fiz o encaminhamento para o Hospital Pequeno Principe.

Ass.:

Rogério Santana
Coordenador Disciplinar

Rogério Pereira De Santana

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: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (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

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 4096397000000

4 - Data da Autorização 5 - Sanha 6 - Data Validade da Sanha 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 2781693 9 - Validade da Carteira 30/07/2024 10 - Nome LUNA EMANUELLY GODKE VASCONCE 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 NATALIA SASAKI DELLA MOTTA 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 48130 18 - UF 41 19 - Código CBO 225230 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Caracter Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 03/08/2023 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Q1.Solic. 28 - Q1.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59 30 - Nome do Contratado NATALIA SASAKI DELLA MOTTA 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-Orto	43-Via	44-Tec	45-Fator Red/Acresc	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1 03/08/2023	17:58:15	17:58:15	22	10101039	Consulta em pronto socorro						158.00

30/07/2024

JUSTIFICAR EM CONTRA HOSPITALAR

09/08/2023

POUENTO

91.65

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\$)
						249.65

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luna Emanuely Godke Vasconcelos
Nº da Carteirinha: 2.78.1693
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 20/06/2016

Nº da Guia: 12555

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/08/2023	15:45:00	Playground (Ex.: parquinho)	Cama Elástica

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

O aluno se machucou brincando .

Testemunha da ocorrência

Prf. Marcia

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Prf. Marcia

Data

03/08/2023

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

Observações

O aluno estava brincando na cama elástica quando bateu a cabeça, foi atendida pela prof. Marcia que colocou gelo no local, foi entrado em contato com pais e ambos foram encaminhados para o hospital de referencia .

Ass.:

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Disciplinar

Fábio Bittencourt Machado

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

DADOS DO PACIENTE		CODIGO 00650917	
Nome Paciente: LUNA EMANUELLY GODKE VASCONCELOS	Idade: 7 Anos 1 Mês 14 Dias	Sexo: FEMININO	
Data Nasc: 20/06/2016	CNS do Paciente:		
Nome Mãe: NATALLY CECILIA GODKE	Complemento:		
Endereço: RUA CASSIANO RICARDO	CEP: 83321090	UF: PR	
Cidade: PINHAIS	Grau de Parentesco: PAI		
Responsável: EDUARDO VASCONCELOS	Telefone: 995782190		
DADOS DO ATENDIMENTO		CODIGO 04096397	
Medico(a): NATALIA SASAKI DELLA MOTTA	CRM: 48130	Unid. Internação:	
Data/Hora: 03/08/2023 - 17:58	Plano: EMPRESARIAL	Leito:	
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		Matrícula: 2781693	
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA			

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

CIPE

PACIENTE ACOMPANHADO DO PAI COM QUEIXA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA NA ESCOLA HÁ CERCA DE UMA HORA. NEGA TCE, SINAIS NEUROLÓGICOS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS. VACINAS ATUALIZADAS.

Exame Físico

BEG, ALERTA, ATIVA E REATIVA, NORMOCORADA, HIDRATADA, EUPNEICA
LESÃO CORTOCONTUSA EM FRONTE 01 CM

Diagnóstico

FCC

Tratamento/Conduta

LIMPEZA E COLA CIRÚRGICA
ORIENTAÇÕES GERAIS, DE CUIDADOS, DE SINAIS DE ALARME E DE RETORNO IMEDIATO SE PIORA OU DÚVIDA

Medico(a): NATALIA SASAKI DELLA MOTTA
CRM: 48130


Natalia S. Della Motta
Médica
CRM-PR 48.130



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

2 - Nº Guia no Prestador 4103480000000

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 4103480000000

4 - Data da Autorização
5 - Senha
6 - Data Validada da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira 12710
9 - Validade da Carteira 31/12/2023
10 - Nome NICOLAS SANTOS ARAUJO
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 DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 45979
18 - UF 41
19 - Código CBO 225230
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
21 - Cartão Atendim. 2
22 - Data da Solicitação 11/08/2023
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - QLSolic. 28 - QLAutoriz.

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora 59
30 - Nome do Contratado DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA
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 11/08/2023
37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 15:14:40
39 - Procedimento 10101039
40 - Descrição Consulta em pronto socorro
41 - Tipo de Guia 01
42 - Qide 001
43 - Via 01
44 - Tec 01
45 - Fator Real/Acresc 158.00
46 - Valor Unitário (R\$) 91.65
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-
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 Contratado

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização
68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
EDILSON. Data/Hora: 11/08/2023 15:15:26 Contat/Lote: 2260822 Atendimento: 4103480 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



DADOS DO PACIENTE

CODIGO 00482547

Nome Paciente: NICOLAS SANTOS ARAUJO
Data Nasc: 31/05/2018

Nome Mãe: JESSICA OLIVEIRA DOS SANTOS ARAUJO

Endereço: RUA IRMA FLAVIA BORLET

Cidade: CURITIBA

Responsável: JESSICA OLIVEIRA DOS SANTOS ARAUJO

Nome Pai: ADISLEI DE LIMA ARAU

Número: 833

Bairro: BOQUEIRAO

Telefone:

Idade: 5 Anos 2 Meses 11 Dias Sexo: MASCULIN

CNS do Paciente:

Complemento:

CEP: 81670464

UF: PR

Grau de Parentesco: MAE

DADOS DO ATENDIMENTO

CODIGO 04103480

Medico(a): DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA

CRM: 45979

Data/Hora: 11/08/2023 - 15:14

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Unid. Internação:

Leito:

Matrícula: 12710

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

CIPE - PLANTÃO DIURNO

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE COM QUEIXA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA HÁ CERCA DE UMA HORA. NEGA TCE, SINAIS NEUROLÓGICOS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS. VACINAS ATUALIZADAS.

Exame Físico

BEG, ALERTA, ATIVO E REATIVO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EUPNEICO
LESÃO CORTOCONTUSA EM FRONTE 1.5 CM

Diagnóstico

t00.0

Tratamento/Conduta

LIMPEZA, COLA CIRÚRGICA E CURATIVO
ORIENTAÇÕES GERAIS, DE CUIDADOS, DE SINAIS DE ALARME E DE RETORNO IMEDIATO SE PIORA OU DÚVIDA

Medico(a): DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA

CRM: 45979

Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1821/2007, no sistema certificado SRS-CFM nº 063, por

DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA, CNPJ 07985963459, às 17:56 GMT-03:00 de 11/08/2023.

Estado: Assinatura digital válida

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (UTC-03:00).



Paciente 00482547

Atendimento 04103480

Documento C468-V1882



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Nicolas Santos Araújo
Nº da Carteira: 3.7.8787
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 31/05/2018

Nº da Guia: 12710

Data da Ocorrência Horário Local

11/08/2023

14:17:00

Auditório

Atividade

Descida do palco, o aluno tropeçou e caiu

O que aconteceu

queda com corte na região da testa

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

O aluno tropeçou ao descer do palco, caiu e bateu a cabeça numa cadeira. Bateu numa quina e com isso houve um corte na região superior da testa, com sangramento que foi estancado.

Testemunha da ocorrência

Teacher Ricardo

Telefone

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Adriana Henemann

Data

11/08/2023

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde, Curitiba
- PR

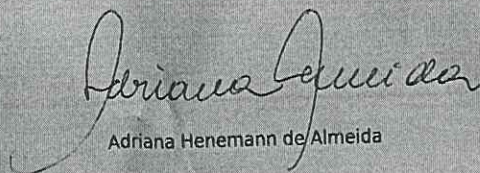
Telefone

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

Observações

O aluno foi atendido inicialmente pelo professor, e na sequência pela orientadora.

Ass.:


Adriana Henemann de Almeida

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 4103488000000

1 - Registro ANS

000000

8 - Número da Guia Principal

4103488000000

4 - Data da Autorização

11/08/2023

5 - Senha

12707

6 - Data Validade da Senha

12707

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2374304

9 - Validade da Carteira

31/12/2023

10 - Nome

RAFAEL SANTOS RIBEIRO

11 - Cartão Nacional da Saúde

12 - Atendimento a RN

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

DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

45979

18 - UF

41

19 - Código CBO

225230

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

[Assinatura]

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

11/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Cl. Solu.

28 - Cl. Anont.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

59

30 - Nome do Contratado

DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA

31 - Código CNES

15563

Dados de 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

1 11/08/2023 15:17:58 15:17:58 22

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\$)

48 - Valor Total (R\$)

49 - Valor Total (R\$)

50 - Valor Total (R\$)

51 - Valor Total (R\$)

52 - Valor Total (R\$)

53 - Valor Total (R\$)

54 - Valor Total (R\$)

55 - Valor Total (R\$)

56 - Valor Total (R\$)

57 - Valor Total (R\$)

40818486
30101494 - Curitiba
01
01
01

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 OFME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Contratado

ANA.ROMANIUK Data/Hora: 11/08/2023 15:18:13

Conta/Lote: 2260826

Atendimento: 4103488

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Rafael Santos Ribeiro
Nº da Carteira: 2.37.4304
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 11/03/2006

Nº da Guia: 12707

Data da Ocorrência: 11/08/2023
Horário: 12:17:00
Local: Ginásio

Atividade:
Aula de educação física

O que aconteceu:
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo:
Rosto

Descrição:
O aluno se chocou com o colega e bateu com a testa na boca do colega.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Nailson

(41) 3051-8660

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

107

Água Verde, Curitiba

(41) 3310-1000

0

- PR

(41) 3310-1326

Observações

O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelo no local, informado a responsável (mãe) e encaminhado ambos 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

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: RAFAEL SANTOS RIBEIRO
Data Nasc: 11/03/2006
Nome Mãe: ELISABETH SANTOS RIBEIRO
Endereço: RUA ANTONIO SIMM DE 1 A 525
Cidade: CURITIBA
Responsável: ELISABETH SANTOS RIBEIRO

Nome Pai: SANDRO LUIZ RIBEIRO
Número: 415
Bairro: CAPAO DA IMBUIA
Telefone: 991060492

Idade: 17 Anos 5 Meses 0 Dia Sexo: MASCULIN
CNS do Paciente:
Complemento:
CEP: 82800290 UF: PR
Grau de Parentesco: MAE

CODIGO 04103488

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA
Data/Hora: 11/08/2023 - 15:17
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

CRM: 45979
Plano: EMPRESARIAL

Unid. Internação:
Leito:
Matrícula: 2374304

Anamnese**História da Doença Atual (HDA)**

CIPE - PLANTÃO DIURNO

PACIENTE ACOMPANHADO DA MÃE COM QUEIXA DE TRAUMA DURANTE PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA HÁ CERCA DE UMA HORA. NEGA TCE, SINAIS NEUROLÓGICOS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS. VACINAS ATUALIZADAS.

Exame Físico

BEG, ALERTA, ATIVO E REATIVO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EUPNEICO
LESÃO CORTOCONTUSA NA TESTA 2.5 CM

Diagnóstico

T00.0

Tratamento/Conduta

LIMPEZA, COLA CIRÚRGICA E CURATIVO SIMPLES
ORIENTAÇÕES GERAIS, DE CUIDADOS, DE SINAIS DE ALARME E DE RETORNO IMEDIATO SE PIORA OU DÚVIDA

Medico(a): DIEGO FERNANDES QUEIROGA PITA
CRM: 45979