

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 4119888000000

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

279315

9 - Validade da Carteira

30/08/2023

10 - Nome

THIAGO DIAS MARINHO

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

HELENA GRUHL

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

10443

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cartão Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

30/08/2023

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

HELENA GRUHL

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 - QI

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red/Accesc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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\$)

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: 30/08/2023 11:03:39

Conta/Lote: 2269247

Atendimento: 4119888

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2269247

1 / 1

2. Nº 001417-1/2010
SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

Dra. Helena Grubis
pediatra
CRM 10.443

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Thiago Dias Marinho
Nº da Carteira: 2.79.315
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 21/05/2015

Nº da Guia: 13091

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/08/2023	07:21:00	Pátio	Momento de entrada dos alunos

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição

O aluno enquanto brincava no momento de entrada, o aluno acabou tropeçando e batendo o rosto no chão, fazendo um galo no supercílio esquerda

Testemunha da ocorrência	Telefone
Elio Sota	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lanny Formighieri	30/08/2023

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

O aluno foi atendido pelo monitor que disponibilizou um gelo pro aluno colocar no local.

Ass.:

Lanny Patricia de Santana Formighieri

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

117

2. N.º do SETOR
EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

Carneie Autorizada

motivos por deslucido de base de

Maricela Gomes Gonçalves
Pública
RPM 10518

1 - Registro AAS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autenticação

5 - Sessão

6 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

6 - Data de Validade da Carteira

7 - Número da Guia Autorizada para Operação

10 - Nome do Beneficiário

18 - Nome

11 - Código na Operação

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

12 - Atendimento a RV

Dados de Solicitação / Procedimentos ou Item Assinatura Solicitantes

21 - Caracter de Atendimento

22 - Causa da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assinatura

26 - Descrição

27 - Data Solic.

28 - Data Aut.

Dados do Contratado / Encarregado

29 - Código na Operação

30 - Nome do Contratado

Dados de Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (relatório ou dano relacionado)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNE

Dados de 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 - Tec.

45 - Freq. Rad. / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do Profissional (Escaneamento)

48 - Cód. Prof. 49 - Grau Prof. 50 - Código na Operação / CFP

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

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

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gastos Medicamentos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Especialista ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Maricela Gomes Gonçalves
Pública
RPM 10518

Maricela Gomes Gonçalves
Pública
RPM 10518

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mathias José Herculano de Lima Silva
Nº da Carteirinha: 3.38.2458
Instituição: Colégio Adventista Araucária



Data de Nascimento: 02/06/2017

Nº da Guia: 13749

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/10/2023	13:26:00	Pátio	Chegada

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

Aluno bateu a testa no chão, fez um hematoma ao lado esquerdo e está com dor.

Testemunha da ocorrência

Eliana

Telefone

(41) 3028-5410

Quem prestou primeiros socorros

Cleverson

Data

03/10/2023

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

O aluno foi atendido com gelo no local pela coordenação disciplinar.

Ass.:

CLEVERSON DA SILVA TURIBIO

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

Scanned by TapScanner

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 4142603000000



1 - Registro ANS 000000
5 - Número da Guia Principal 4142603000000

4 - Data da Autorização 5 - Semeta 6 - Data Validade da Semeta 7 - Número da Guia Arbuldo pela Operadora

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 377694 9 - Validade da Carteira 30/07/2028 10 - Nome GABRIEL SOSNITZKI 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 GUSTAVO MOURA M PINTO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Carteira Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 25/09/2023 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 ou Doença Relacionada 9 34 - Tipo de Consulta 1 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - V/ia	44 - Tec	45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 25/09/2023	14:15:45	14:15:45	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 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1- / / 2- / / 3- / / 4- / / 5- / / 6- / / 7- / / 8- / / 9- / / 10- / /

58 - Observações / Justificativa 59 - Total Procedimentos (R\$) 158.00 60 - Total Taxas e Anuguéis (R\$) 0.00 61 - Total Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPMs (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Gastos (R\$) 158.00

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

ELIANE. Data/Hora: 25/09/2023 16:09:18 Conta/Lote: 2280703 Atendimento: 4142603 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURTIBA



1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Semha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data de Autorização		5 - Semha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN		13 - Código na Operadora	
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 - Caracter 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 - Fator Red.Acrec.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref.	
49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora		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 - Data de Realização de Procedimentos em Série		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		60 - Total de Taxas e Abundantes (R\$)	
61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de OPRME (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 Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Contratado		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		72 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gabriel Sosnitzki
Nº da Carteira: 3.7.7694
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 23/02/2008

Nº da Guia: 13557

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/09/2023	11:22:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Rosto

Descrição

O aluno estava jogando futebol e acabou levando uma bolada no rosto, causando sangramento do nariz e relata que está doendo seu maxilar.

Testemunha da ocorrência

Monitor Jesus Enriq

Telefone

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Monitoria Flávia

Data

25/09/2023

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 pela monitora Flávia, a mesma encaminhou para o coord. Christian que gerou uma guia de atendimento para o hospital Pequeno Príncipe.

Ass.:

Christian Benites

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

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 4130406000000

4 - Data da Autorização 12/09/2023 5 - Senha 13310 6 - Data Validade da Senha

Dados do Beneficiário

7 - Número da Guia Atibuido pela Operadora 20614

8 - Número da Carteira 3381848 9 - Validade da Carteira 30/12/2023

Dados do Solicitante

10 - Nome GUILHERME CARLOS PERTUZATTI

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

13 - Código na Operadora 76591569000130 14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE MARCELO OKURA

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 23173

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 12/09/2023 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

Dados do Contratado Excutante

29 - Código na Operadora 59 30 - Nome do Contratado ANDRE MARCELO OKURA

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 - Qtd	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red/Acress	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
12/09/2023	13:58:47	13:58:47	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 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 OPMs (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
158.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	158.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



Dr. André M. Okura
Médico
CRM 23173

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Guilherme Carlos Pertuzatti
Nº da Carteira: 3.38.1848
Instituição: Colégio Adventista Araucária

Data de Nascimento: 23/08/2007

Nº da Guia: 13310

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/09/2023	12:20:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Levou uma bolada no dedo, esta com dor!

Testemunha da ocorrência

Cleverson

Telefone

(41) 3028-5410

Quem prestou primeiros socorros

Cleverson

Data

12/09/2023

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

O aluno foi atendido com pelo professor de educação física.

Ass.:

Cleverson Turibio
Coordenação Disciplinar

CLEVERSON DA SILVA TURIBIO

C. N. P. J.
76.726.884/0042-04
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO
RUA SÃO VICENTE DE PAULO, 466
CENTRO - CEP 83.702-050
ARAUCÁRIA-PARANÁ

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	3 - Número da Guia Principal
000000	4126503000000

4 - Data de Autorização	5 - Senha
06/09/2023	13243

6 - Data Validade da Senha
13243

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
13243

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
3382030	31/12/2023

10 - Nome
VALENTINA MARCONDES FERRAZ

11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
	N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
76591569000130	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA	6	8585	41	225124	

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Carteira Atendim.	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	06/09/2023	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição

27 - Ql Solic.	28 - Ql Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
59	VERA LUCIA HAMILKO BARBOSA	15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04		1	

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\$)
06/09/2023	11:02:01	11:02:01	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\$)	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\$)
158.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	158.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
------------------------	--------------------------

Valentine Maciel

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

Vera Hamilton Barbosa

11 - Cartão Nacional de Saúde

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Item Assistencial Solicitados

21 - Carter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
----------------------------	--------------------------	------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
-------------	--	----------------

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

33 - Assinatura do Profissional Solicitante

34 - Assinatura do Profissional Solicitante

35 - Assinatura do Profissional Solicitante

36 - Assinatura do Profissional Solicitante

37 - Assinatura do Profissional Solicitante

38 - Assinatura do Profissional Solicitante

39 - Assinatura do Profissional Solicitante

40 - Assinatura do Profissional Solicitante

41 - Assinatura do Profissional Solicitante

42 - Assinatura do Profissional Solicitante

43 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

31 - Conselho Profissional

32 - Número no Conselho

33 - UF

34 - Código CBO

35 - Assinatura do Profissional Solicitante

36 - Assinatura do Profissional Solicitante

37 - Assinatura do Profissional Solicitante

38 - Assinatura do Profissional Solicitante

39 - Assinatura do Profissional Solicitante

40 - Assinatura do Profissional Solicitante

41 - Assinatura do Profissional Solicitante

42 - Assinatura do Profissional Solicitante

43 - Assinatura do Profissional Solicitante

44 - Assinatura do Profissional Solicitante

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
--------------------------	---	-----------------------	--

36 - Conselho Profissional

37 - Número no Conselho

38 - UF

39 - Código CBO

40 - Assinatura do Profissional Solicitante

41 - Assinatura do Profissional Solicitante

42 - Assinatura do Profissional Solicitante

43 - Assinatura do Profissional Solicitante

44 - Assinatura do Profissional Solicitante

45 - Assinatura do Profissional Solicitante

46 - Assinatura do Profissional Solicitante

47 - Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Assinatura do Profissional Solicitante

49 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Cide	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acrsso.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
-----------	-------------------	-----------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	-----------	-------------------------	---------------------------	------------------------

48 - Assinatura do Profissional Solicitante

49 - Assinatura do Profissional Solicitante

50 - Assinatura do Profissional Solicitante

51 - Assinatura do Profissional Solicitante

52 - Assinatura do Profissional Solicitante

53 - Assinatura do Profissional Solicitante

54 - Assinatura do Profissional Solicitante

55 - Assinatura do Profissional Solicitante

56 - Assinatura do Profissional Solicitante

57 - Assinatura do Profissional Solicitante

58 - Assinatura do Profissional Solicitante

59 - Assinatura do Profissional Solicitante

60 - Assinatura do Profissional Solicitante

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

46 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora	51 - Nome do Profissional
---	---------------------------

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Assinatura do Profissional Solicitante

57 - Assinatura do Profissional Solicitante

58 - Assinatura do Profissional Solicitante

59 - Assinatura do Profissional Solicitante

60 - Assinatura do Profissional Solicitante

61 - Assinatura do Profissional Solicitante

62 - Assinatura do Profissional Solicitante

63 - Assinatura do Profissional Solicitante

64 - Assinatura do Profissional Solicitante

65 - Assinatura do Profissional Solicitante

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 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

12 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

13 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

14 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

15 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

16 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

17 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

18 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

19 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

20 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

21 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

22 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

23 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

24 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de 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 Beneficiário ou Responsável
--

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
--

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

77 - Assinatura do Responsável pela Autorização

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Responsável pela Autorização

80 - Assinatura do Responsável pela Autorização

81 - Assinatura do Responsável pela Autorização

82 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

77 - Assinatura do Responsável pela Autorização

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Responsável pela Autorização

80 - Assinatura do Responsável pela Autorização

81 - Assinatura do Responsável pela Autorização

82 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

77 - Assinatura do Responsável pela Autorização

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Responsável pela Autorização

80 - Assinatura do Responsável pela Autorização

81 - Assinatura do Responsável pela Autorização

82 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

77 - Assinatura do Responsável pela Autorização

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Responsável pela Autorização

80 - Assinatura do Responsável pela Autorização

81 - Assinatura do Responsável pela Autorização

82 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

77 - Assinatura do Responsável pela Autorização

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Responsável pela Autorização

80 - Assinatura do Responsável pela Autorização

81 - Assinatura do Responsável pela Autorização

82 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

77 - Assinatura do Responsável pela Autorização

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Responsável pela Autorização

80 - Assinatura do Responsável pela Autorização

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valentina Marcondes Ferraz
Nº da Carteirinha: 3.38.2030
Instituição: Colégio Adventista Araucária



Data de Nascimento: 13/01/2014

Nº da Guia: 13243

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/09/2023	09:47:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

Aluna caiu de costa no chão e está com calombo muito alto na cabeça, esta com dor no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Cleverson	(41) 3028-5410

Quem prestou primeiros socorros	Data
Athyron	06/09/2023

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

Aluna atendida com gelo no local pelo monitor escolar.

Ass.:

CLEVERSON DA SILVA TURIBIO

C. N. P. J.
76.726.884/0042-04
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL
BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO
RUA SÃO VICENTE DE PAULO, 465
CENTRO - CEP 83.702-050
ARAUCÁRIA-PARANÁ

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

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 4138379000000

4 - Data da Autorização

6 - Data Validade da Semta

7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora

Dados do Beneficiário

5 - Semta

8 - Número da Carteira

377113

9 - Validade da Carteira

30/07/2028

10 - Nome

VICENZO LUIZ VIZOLLI

11 - Cartão Nacional de Saúde

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 MARISTELA GOMES GONCALVES

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 10518

18 - UF 41

19 - Código CBO 225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter Atendim. 2

22 - Data da Solicitação 20/09/2023

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 MARISTELA GOMES GONCALVES

31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 04
33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada

34 - Tipo de Consulta 1

35 - Motivo da Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 20/09/2023 37 - Hora Inicial 13:21:54 38 - Hora Final 13:21:54 39 - Tabela 22 40 - Procedimento 10101039 41 - Descrição Consulta em pronto socorro

42 - Cide 001 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acess 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 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 OPMs (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

ANA.ROMANUIUK Data/Hora: 20/09/2023 18:02:33

Conta/Lote: 2278565

Atendimento: 4138379

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2278565

20/09/23

AMA

Vicente Luiz Vysell

Maristela Gomes Gonçalves
Pediatra
CRM 10518

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 RPI

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

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 - Qtd. Solic.

30 - Qtd. Aut.

31 - Qtd. Solic.

32 - Qtd. Aut.

33 - Qtd. Solic.

34 - Qtd. Aut.

35 - Qtd. Solic.

36 - Qtd. Aut.

37 - Qtd. Solic.

38 - Qtd. Aut.

39 - Qtd. Solic.

40 - Qtd. Aut.

41 - Qtd. Solic.

42 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado

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./Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) 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 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPIE (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

Maristela Gomes Gonçalves
Pediatra
CRM 10518

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vicenzo Luiz Vizolli

Nº da Carteira: 3.7.7113

Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 10/09/2013

Nº da Guia: 13477



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/09/2023	12:27:00	Pátio	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

Aluno na saída da aula da escola caiu quando tropeçou em outro aluno, caiu bateu a cabeça no chão e não consegue lembrar o que aconteceu depois, quando retornou a memória já estava com gelo na cabeça que o monitor colocou.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Jefferson	(41) 3051-8550
ARNELY SILVEIRA PANIAGO	(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Jeffereeson	20/09/2023

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

Aluno esta com pequeno sangramento na cabeça.

Ass.: _____

Arnely Silveira Paniago

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

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 4129843000000

4 - Data da Autorização 12/09/2023
5 - Senha ELEGIVEL

6 - Data Validade da Senha
7 - Número da Guia Arquivado pelo Operadora 20603

8 - Número da Carteira 13293
9 - Validade da Carteira 31/12/2023

10 - Nome VINICIUS DOS SANTOS SCHEMITD

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

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
21 - Caracter Atendimento 2
22 - Data da Solicitação 12/09/2023
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 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 12/09/2023
37 - Hora Inicial 08:55:24
38 - Hora Final 08:55:24
39 - Tabela 22
40 - Procedimento 10101039
41 - Descrição Consulta em pronto socorro
42 - Qlde 001
43 - Via
44 - Tec
45 - Fator Red./Acresc
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 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 OPMs (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 68 - Assinatura do Contratado

LUCAS.REIS Data/Hora: 12/09/2023 11:05:03 Conta/Lote: 2274459 Atendimento: 4129843 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA 2274459 1/1

65 - Total (R\$)

Dir. Vera Hamilton Barbosa
CRM-SP 655

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vinícius dos Santos Schemitd

Nº da Carteira: 2.80.1052

Instituição: Colégio Adventista Fazenda Rio Grande

Data de Nascimento: 19/01/2011

Nº da Guia: 13293



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/09/2023	15:12:00	Pátio	Briga

O que aconteceu	Partes do corpo
chute no rosto	Rosto

Descrição

o colega chutou o aluno no rosto.

Testemunha da ocorrência

Monitor

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Reginaldo

Data

11/09/2023

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

foi colocado gelo no local e comunicado o pai.

Ass.:

Ederson Jorge Mattos

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 4115108000000

SOLICITADO VIA e-MAIL: 01/09
MORADA CURITIBA

1 - Registro ANS

000000

6 - Número da Guia Principal

4115108000000

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

3357125

9 - Validade da Carteira

24/08/2023

10 - Nome

PEDRO HENRIQUE MARCUZ MARQUES

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

21 - Carteira Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

24/08/2023

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

NATALIA SASAKI DELLA MOTTA

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

1

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

1 24/08/2023

37 - Hora Inicial/38-Hora Final

13:23:24 13:23:24

40 - Procedimento

10101039

41 - Descrição

Consulta em pronto socorro

42 - QIe

001

43 - Via

01

44 - Tcc

01

45 - Fator Red./Acess

01

46 - Valor Unitário (R\$)

01

47 - Valor Total (R\$)

01

48 - Valor

01

49 - Valor

01

50 - Valor

01

51 - Valor

01

52 - Valor

01

53 - Valor

01

54 - Valor

01

55 - Valor

01

56 - Valor

01

57 - Valor

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 Op. (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Médicos (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

CLAUDIA

Data/Hora: 24/08/2023 19:18:09

Contat/Lote: 2266729

Atendimento: 4115108

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2266729

2266729

1 / 1

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: PEDRO HENRIQUE MARCUZ MARQUES JOSE

Data Nasc: 28/04/2017

Nome Mãe: ANA PAULA WANCURA MARCUZ JOSE

Endereço: RUA FRANCISCO CAETANO CORADIN

Cidade: COLOMBO

Responsável: ANA PAULA WANCURA MARCUZ JOSE

Nome Pai: JOAO LUIS MARQUES JO

Número:

Bairro: SAO DIMAS

Telefone: 991272290

Idade: 6 Anos 3 Meses 27 Dias Sexo: MASCULINO

CNS do Paciente:

Complemento:

CEP: 83411510

Grau de Parentesco: MAE

UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): NATALIA SASAKI DELLA MOTTA

Data/Hora: 24/08/2023 - 13:23

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

CRM: 48130

Plano: EMPRESARIAL

Unid. Internação:

Leito:

Matrícula: 3357125

CODIGO 04115108

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

CIPE

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 2 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

Dr. Eduardo de Aguiar
Chefe de Pediatria
CRM 11003

Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1821/2007, no sistema certificado SBIS-CFM nº 063, por
NATALIA SASAKI DELLA MOTTA, CNPJ 42156186812, às 13:57 GMT-03:00 de 24/08/2023.

Estado: Assinatura digital válida

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

Paciente 00652816

Atendimento 04115108

Documento C468-V1882



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Pedro Henrique Marcuz Marques José
Nº da Carteira: 3.357.125
Instituição: Escola Adventista Colombo

Data de Nascimento: 28/04/2017

Nº da Guia: 13000

Data da Ocorrência: 24/08/2023
Horário: 11:45:00
Local: Pátio

Atividade

saída de alunos

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

trauma lado direito, caiu bateu a cabeça com corte profundo.

Testemunha da ocorrência

Ana Gabriela Marcuz Marques José

Ana Gabriela Marcuz Marques José

Telefone

(41) 9779-5824

(41) 9779-5824

Quem prestou primeiros socorros

Andressa Caroline

Data

24/08/2023

Local de atendimento

Endereço

Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

Nº

Bairro

Telefone

107
0

Água Verde, Curitiba
- PR

(41) 3310-1000
(41) 3310-1026

Observações

Foi atendido pelo colégio e encaminhado ao pronto atendimento.

Ass.:

Cláudio José da Silva

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

1 - Registro ANS 000000 5 - Número da Guia Principal 4129414000000

4 - Data da Autorização 11/09/2023 5 - Senha 13294

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuída pela Operadora 13294

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 22326201 9 - Validade da Carteira 31/12/2023 10 - Nome HELENA PAZ GONCALVES 11 - Cartão Nacional de Saúde 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 LUCAS KOJI MATSUZAKI 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 40994 18 - UF 41 19 - Código CBO 225230 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim. 2 22 - Data da Solicitação 11/09/2023 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 LUCAS KOJI MATSUZAKI 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 - Qlde	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
11/09/2023	17:47:48	17:47:48	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 Ref. 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\$) 158.00 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPMs (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 249.65

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Helena Paz Gonçalves

Nº da Carteirinha: 2.32.6201

Instituição: Colégio Adventista Alto Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 08/06/2018

Nº da Guia: 13294

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/09/2023	15:28:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Cabeça

Descrição

a aluna estava brincando em sala de aula após o lanche, durante a brincadeira o sapato saiu do pé, a aluna escorregou e bateu a testa no balcão da sala que acabou cortando a testa.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Joelma	(41) 3378-6274

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

a aluna foi atendida no setor de monitoria. Foi feito a limpeza no local para diminuir o sangramento e feito um curativo

Ass.:


Thiago Andrews Carvalho
Vice Diretor
CAAB

Thiago Andrews Carvalho

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



DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: HELENA PAZ GONCALVES
Data Nasc: 08/06/2018
Nome Mãe: DANIELLE LARA DOS SANTOS PAZ
Endereço: RUA BOM PASTOR
Cidade: CURITIBA
Responsável:

Nome Pai: EDUARDO JOSE GONCALV
Número: 485
Bairro: ALTO BOQUEIRAO
Telefone:

Idade: 5 Anos 3 Meses 3 Dias Sexo: FEMININO
CNS do Paciente:
Complemento: SOBRADO 38
CEP: 81720310 UF: PR
Grau de Parentesco:

CODIGO 04129414

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): LUCAS KOJI MATSUZAKI
Data/Hora: 11/09/2023 - 17:47
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

CRM: 40994
Plano: EMPRESARIAL

Unid. Internação:
Leito:
Matrícula: 22326201

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

paciente com corte em fronte após queda da propria altura. Nega sinais de alarme

Exame Físico

beg, aaa
ferimento corto contusa, 1 cm em fronte, sem sangramento ativo

Diagnóstico

trauma superficial

Tratamento/Conduta

limpeza + cola cirurgica
orientações

Medico(a): LUCAS KOJI MATSUZAKI
CRM: 40994

Leila Grisa
Cirurgia Pediátrica
CRM 17873

Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1821/2007, no sistema certificado SBIS-CFM nº 063, por
LUCAS KOJI MATSUZAKI, CNPJ 08674202942, às 18:13 GMT-03:00 de 11/09/2023.
Estado: Assinatura digital válida

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



Atendimento 04129414

Documento C468-V1882



1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal
4122299000000

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
3269391

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
JORGE VITOR DE PAULA REIS

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
GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
51922

18 - UF
41

19 - Código CBO
225230

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
R\$ 51,92

21 - Caráter Atendim.
2

22 - Data da Solicitação
01/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
59

30 - Nome do Contratado
GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS

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

36 - Data
01/09/2023

37 - Hora Inicial
10:25:42

38 - Hora Final
10:25:42

39 - Tabela
10101039

40 - Descrição
Consulta em pronto socorro

41 - Cidade
01

42 - Via
01

43 - Tec
01

44 - Fator Red./Acresc
01

45 - Valor Unitário (R\$)
01

46 - Valor Total (R\$)
01

47 - Valor Total (R\$)
01

48 - Seq. Ref.
01

49 - Grau Part.
01

50 - Código na operadora/CPF
01

51 - Nome do Profissional
01

52 - Conselho Profissional
01

53 - Número no Conselho
01

54 - UF
01

55 - Código CBO
01

56 - Total Procedimentos (R\$)
01

57 - Total Taxas e Auspícios (R\$)
01

58 - Total Materiais (R\$)
01

59 - Total de OPMs (R\$)
01

60 - Total de Medicamentos (R\$)
01

61 - Total de Gases Médicinas (R\$)
01

62 - Assinatura do Contratado
01

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
01

64 - Assinatura do Profissional Solicitante
01

65 - Assinatura do Prestador
01

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
01

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
01

68 - Assinatura do Contratado
01

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
01

70 - Assinatura do Profissional Solicitante
01

71 - Assinatura do Prestador
01

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização
01

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
01

74 - Assinatura do Profissional Solicitante
01

CLAUDIA.

Data/Hora: 01/09/2023 11:05:30

Conta/Lote: 2270358

Atendimento: 4122299

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2270358

1/1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Jorge Vitor de Paula Reis
Nº da Carteirinha: 3.26.9391
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM



Data de Nascimento: 29/08/2007

Nº da Guia: 13155

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/09/2023	09:14:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo ()	Cabeça

Descrição

Após o término da aula de ed.física o aluno pulou nas escadas e bateu a cabeça na viga superior. Corte na cabeça e sangramento, recebeu primeiros atendimento com gelo e antisséptico no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Alisson	(41) 3248-5380
Alisson	(41) 3248-5380

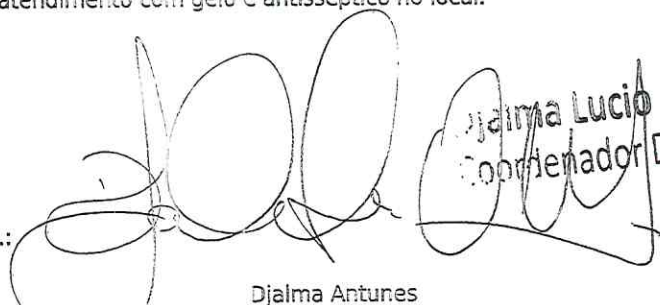
Quem prestou primeiros socorros	Data
Alisson	01/09/2023

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

Após o término da aula de ed.física o aluno pulou nas escadas e bateu a cabeça na viga superior. Corte na cabeça e sangramento, recebeu primeiros atendimento com gelo e antisséptico no local.

Ass.:


Djalma Lucio Antunes
Coordenador 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: (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: JORGE VITOR DE PAULA REIS
Data Nasc: 29/08/2007
Nome Mãe: MIRIAN PAULA DA CRUZ SILVA
Endereço: RUA DOS BICO-DE-LACRES
Cidade: CURITIBA
Responsável: MIRIAN PAULA DA CRUZ SILVA

Nome Pai: JORGE APARECIDO DOS
Número: 95
Bairro: NOVO MUNDO
Telefone: 41 31514303

Idade: 16 Anos 0 Mês 3 Dias
CNS do Paciente:
Complemento: SOB
CEP: 81020480
Grau de Parentesco: MAE
UF: PR

CODIGO 04122299

DADOS DO ATENDIMENTO

Medico(a): GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS
Data/Hora: 01/09/2023 - 10:25
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

CRM: 51922
Plano: EMPRESARIAL

Unid. Internação:
Leito:
Matrícula: 3269391

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

CIPE

PACIENTE ACOMPANHADO PELA MÃE, COM RELATO DE COLISÃO FRONTAL CONTRA VIGA, PRODUZINDO CORTE EM REGIÃO FRONTAL
REFERE TONTURA APÓS O EVENTO
SEM DESMAIO, VÔMITO OU CONVULSÃO PÓS-OCORRIDO

SEM PATOLOGIAS DE BASE
SEM MEDICAMENTOS EM USO CONTÍNUO
SEM PASSADO CIRÚRGICO

Exame Físico

BEG, CHAAA
REGIÃO FRONTAL: FERIMENTO CORTOCONTUSO, APROX 1.5 CM, SEM SANGRAMENTO ATIVO, SEM DEFORMIDADES OU CREPITAÇÕES
LOCAIS
PIFR, SEM DÉFICITS MOTORES OU SENSITIVOS APARENTES AO EXAME
ESCORIAÇÃO SUPERFICIAL EM MUCOSA JUGAL
PEQUENA EQUIMOSE GENGIVAL EM PORÇÃO INFERIOR DE DENTE ANTERIOR, SEM SINAIS DE FRATURA DE DENTE

Diagnóstico

TRAUMA

Tratamento/Conduta

LIMPEZA E COLA CIRÚRGICA
ORIENTAÇÕES GERAIS, DE CUIDADOS, DE SINAIS DE ALARME E DE RETORNO IMEDIATO SE PIORA OU DÚVIDA
ENCAMINHO AO DENTISTA PARA AVALIAÇÃO

Medico(a): GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS
CRM: 51922



Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1821/2007, no sistema certificado SBIS-CFM nº 063, por
GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS, CNPJ 11281361631, às 11:00 GMT-03:00 de 01/09/2023.
Estado: Assinatura digital válida

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



Documento C468-V1882



Data impressão: 01/09/2023

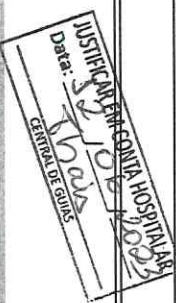
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 4118426000000

solucionado: 11/12/23 loguonene
atendimento: 11/12/23 loguonene



1 - Registro ANS 000000	8 - Número da Guia Principal				
4 - Data de Autorização 28/08/2023	5 - Senha 13063				
6 - Data Validade da Senha 31/12/2023					
7 - Número da Guia Arbulado pela Operadora 20592					
8 - Nome do Beneficiário JORDAN CALEB COSTA DE CAMPO					
11 - Cartão Nacional de Saúde N					
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 RHENAN FREITAS CORADI					
16 - Conselho Profissional 6					
17 - Número no Conselho 46181					
18 - UF 41					
19 - Código CBO 225230					
20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
21 - Caracter Atendimento 2					
22 - Data da Solicitação 28/08/2023					
23 - Indicação Clínica					
24 - Tabela					
25 - Código do Procedimento					
26 - Descrição					
27 - Ql.Solic.					
28 - Ql.Autoriz.					
Dados do Contratado Execitante					
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 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
					30101494- Exame 10101033 Consulta 01 01
42 - Cide					
43 - Vlr					
44 - Trec					
45 - Fator Red./Acrece					
46 - Valor Unitário (R\$)					
47 - Valor Total (R\$)					
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					
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 Beneficiário ou Responsável					



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Jordan Caleb Costa de Campos
Nº da Carteira: 3.357.255
Instituição: Escola Adventista Colombo

Data de Nascimento: 17/01/2019

Nº da Guia: 13063

Data da Ocorrência: 28/08/2023
Horário: 16:43:00
Local: Ginásio

Atividade

Aula de educação física

O que aconteceu

Aluno caiu com a boca na trave, corte na altura dos lábios

Partes do corpo

Lábios

Descrição

Estava correndo para buscar a bola, tropeçou e caiu com a boca na trave do gol.

Testemunha da ocorrência

Vitor Rodoval

Telefone

(41) 3028-5450

Quem prestou primeiros socorros

Andressa Caroline

Data

28/08/2023

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde, Curitiba
- PR

Telefone

(41) 3310-1000
(41) 3310-1126

Observações

Aluno foi atendido pela monitora, esta bem porem com um corte no lábio, foi avisado os pais e encaminhado ao pronto atendimento.

Ass.:

Reginaldo Aparecido Ferreira

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 00653179

Nome Paciente: JORDAN CALEB COSTA DE CAMPO

Data Nasc: 17/01/2019

Nome Mãe: JANIS COSTA DE PAULA

Endereço: RUA KELVIN

Cidade: COLOMBO

Responsável: JANIS COSTA DE PAULA

Nome Pai: CLEYTON WILLIAN DE C

Número: 1062

Bairro: GUARANI

Telefone: 988297771

Idade: 4 Anos 7 Meses 11 Dias Sexo: MASCULIN

CNS do Paciente:

Complemento:

CEP: 83408030

Grau de Parentesco: MAE

UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

CODIGO 04118426

Medico(a): RHENAN FREITAS CORADI

CRM: 46181

Unid. Internação:

Data/Hora: 28/08/2023 - 20:48

Leito:

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Plano: EMPRESARIAL

Matrícula: 13063

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

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 LÁBIO SUPERIOR DE 1,5 CM

Diagnóstico

TRAUMA

Tratamento/Conduta

LIMPEZA E COLA CIRÚRGICA

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

Medico(a): RHENAN FREITAS CORADI

CRM: 46181

Dra. Maria Helena Camargo Peralta
CRM 17342

Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1821/2007, no sistema certificado SBIS-CFM nº 063, por
RHENAN FREITAS CORADI, CNPJ 14066123759, às 21:18 GMT-03:00 de 28/08/2023.

Estado: Assinatura digital válida

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



Paciente 00653179

Atendimento 04118426

Documento C468-V1882

