

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pietro Agrela Campos
Nº da Carteirinha: 3.38.1037
Instituição: Colégio Adventista Araucária



Data de Nascimento: 11/09/2010

Nº da Guia: 13710

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/10/2023	15:12:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Olho Esquerdo, Rosto

Descrição

tropeçou e caiu em sala bateu o rosto no chão

Testemunha da ocorrência

Pablo

Telefone

(55) 99955-9310

Local de atendimento

Atendimento no próprio estabelecimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

Observações

gelo no local

Ass.:

Pablo Menezes Leindorf

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 4160685000000

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

2791131

9 - Validade da Carteira

16/10/2023

10 - Nome

LORENZO DE OLIVEIRA GRASSI

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

LUCAS KOJI MATSUZAKI

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Carteira Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

16/10/2023

23 - Indicação Clínica

Ferimento na cabeça, parte não especificada

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QLSolic.

28 - QLSolic.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

59

30 - Nome do Contratado

LUCAS KOJI MATSUZAKI

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

16/10/2023

37 - Hora Inicial 38 - Hora Final

14:54:30 14:54:30

39 - Tabela

10101039

40 - Procedimento

10101039

41 - Descrição

Consulta em pronto socorro

42 - Cidade

001

43 - Via

001

44 - Tipo

001

45 - Fator Red/Acresc

001

46 - Valor Unitário (R\$)

158,00

47 - Valor Total (R\$)

91,65

48 - Valor

91,65

49 - Valor

91,65

50 - Valor

91,65

51 - Valor

91,65

52 - Valor

91,65

53 - Valor

91,65

54 - Valor

91,65

55 - Valor

91,65

56 - Valor

91,65

57 - Valor

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Responsável pela Autorização

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Anuidades (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Casas Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

ELIANE.

Data/Hora: 16/10/2023 14:54:51

Conta/Lote: 2289856

Atendimento: 4160685

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2289856

1/1

DADOS DO PACIENTE

CODIGO 00657566

Nome Paciente: LORENZO DE OLIVEIRA GRASSI

Data Nasc: 10/12/2015

Nome Mãe: CLEIA FERNANDA DE OLIVEIRA

Endereço: RUA DOUTOR BLEY ZORNIG DE 1901 A 9

Cidade: CURITIBA

Responsável: CLEIA FERNANDA DE OLIVEIRA

Nome Pai: ANDRE ROBERTO GRASSI

Número: 2730

Bairro: BOQUEIRAO

Telefone: 987583389

Idade: 7 Anos 10 Meses 6 Dias Sexo: MASCULIN

CNS do Paciente:

Complemento:

CEP: 81750430

Grau de Parentesco: MAE

UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

CODIGO 04160685

Medico(a): LUCAS KOJI MATSUZAKI

CRM: 40994

Unid. Internação:

Data/Hora: 16/10/2023 - 14:54

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Plano: EMPRESARIAL

Leito:

Matrícula: 2791131

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

PACIENTE COM CORTE EM SUPERCILIO DIREITO APÓS QUEDA DA PROPRIA ALTURA. NEGA SINAIS DE ALARME

Exame Físico

BEG, AAA,

FERIMENTO CORTO CONTUSO EM SUPERCILIO DIREITO, 1 CM, SEM SANGRAMENTO ATIVO

Diagnóstico

TRAUMA SUPERFICIAL

Tratamento/Conduta

LIMPEZA + COLA CIRURGICA

ORIENTAÇÕES

Medico(a): LUCAS KOJI MATSUZAKI

CRM: 40994

Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1621/2007, no sistema certificado SBIS-CFM nº 053, por

LUCAS KOJI MATSUZAKI, CNPJ 08674202942, às 15:35 GMT-03:00 de 16/10/2023.

Estado: Assinatura digital válida

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



Paciente 00657566

Atendimento 04160685

Documento C468-V1882



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Lorenzo de Oliveira Grassi
Nº da Carteirinha: 2.79.1131
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena

Data de Nascimento: 10/12/2015

Nº da Guia: 13988

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/10/2023	12:50:00	Escada	Estava voltando do parquinho horário Contraturno

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

Descrição
Aluno estava voltando do parquinho no horário de aula do contraturno, depois que subiu o primeiro lance de escada escorregou no piso que está úmido e caiu batendo a cabeça no chão. Cortou a parte superior dos olhos.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Carla (professora)	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Marilei	16/10/2023

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
Aluno foi atendido no Colégio, feito a assepsia no corte com soro fisiológico e colocado um curativo. Feito contato com os pais e 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 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Lorenzo de Oliveira Grassi
 Nº da Carteira: 2.79.1131
 Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 10/12/2015

Nº da Guia: 1398B

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/10/2023	12:50:00	Escada	Estava voltando do parquinho horário Contraturno

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Cabeça

Descrição

Aluno estava voltando do parquinho no horário de aula do contraturno, depois que subiu o primeiro lance de escada escorregou no piso que está úmido e caiu batendo a cabeça no chão. Cortou a parte superior dos olhos.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Carla (professora)

(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Data

Mattei

16/10/2023

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Nogueira

107
0Água Verde, Curitiba
PR(41) 3240-0000
(41) 3510-1526

Observações

Aluno foi atendido no Colégio, feito a aspersão no corte com soro fisiológico e colocado um curativo. Feito contato com os pais e 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://sistema.ama.org.br/ama> (para prestadores) ou familia-assistencia@medicosadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição: Adventista do Brasil - Agência de Saúde / CNPJ: 15.116.783/0001-12

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 30805-0157

Assistencia@medicaoclinicaadventista.org.br / Curitiba, Clínica Adventista.org.br

Impresso por: Paloma de Azevedo Almeida Araújo Camilo

1 de 1

16/10/2023 15:14



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

2 - Nº Guia no Prestador 4138408000000

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 4138408000000

4 - Data da Autorização 20/09/2023
5 - Senha 13476
6 - Data Validade da Senha 13476
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13476

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira 375701
9 - Validade da Carteira 31/12/2023
10 - Nome JOSUE DE BRITO PEREIRA
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 ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 21395
18 - UF 41
19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
21 - Caracter Atendimento 2
22 - Data da Solicitação 20/09/2023
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - QI Solicitante ANA LAURA CUNHA CRM PR 221395
28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59
30 - Nome do Contratado ANA LAURA LOYOLA MUNHOZ DA CUNHA
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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - QIe	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acrease	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	20/09/2023	13:37:53	13:37:53	22	10101039	Consulta em pronto socorro				001	158.00

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

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Prof. 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\$) 158.00

66 - Assinatura da Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado ANA LAURA CUNHA CRM PR 221395



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Josue de Brito Pereira
Nº da Carteira: 3.7.5701
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 11/08/2006

Nº da Guia: 13476

Data da ocorrência: 20/09/2023
Horário: 12:17:00
Local: Quadra

Atividade

Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Jogando vôlei, quando subiu para cortar a bola, caiu e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência

Prof. Rennan Ripari

ARNELY SILVEIRA PANIAGO

Telefone

(19) 98325-1389

(41) 3051-8550

Quem prestou primeiros socorros

Prof. Rennan

Data

20/09/2023

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

Aluno esta o pé um pouco inchado.

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

Impresso por: Arnely Silveira Paniago

1 de 1

20/09/2023 12:23



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

2 - Nº Guia no Prestador 4164312000000

1 - Registro ANS

000000

5 - Número da Guia Principal

4164312000000

4 - Data da Autorização

19/10/2023

5 - Senha

14077

6 - Data Validada da Sanha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

14077

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2781496

9 - Validade da Carteira

19/10/2023

10 - Nome

VALENTINA MADINI ANDREUZZI

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

VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

23262

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

19/10/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - O. Responsável pelo Atendimento

28 - Assinatura

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

RF

30 - Nome do Contratado

VANESSA REGINA MEZZOMO DE PAULA POZZO

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

42 - Qtd

001

43 - Via

001

44 - Tec

001

45 - Fator Red/Acresc

001

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

158.00

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

1

37 - Hora Inicial

17:37:17

38 - Hora Final

17:37:17

39 - Tabela

22

40 - Procedimento

10101039

41 - Descrição

Consulta em pronto socorro

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

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Prof.

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

CHRISIAN.

Data/Hora: 19/10/2023 18:53:51

Contat./ote: 2291717

Atendimento: 4164312

Convênio:

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2291717

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valentina Madini Andreuzzi
Nº da Carteirinha: 2.78.1496
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 27/06/2017

Nº da Guia: 14077

Data da Ocorrência: 19/10/2023
Horário: 16:24:00
Local: Patio

Atividade

Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Partes do corpo

Queda de mesmo nível

Cabeça

Descrição

A aluna estava correndo no pátio para ir para fila.

Testemunha da ocorrência

Monitora Carmem

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Coordenador Fábio

Data

19/10/2023

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

A aluna foi atendida e colocado gelo no local, foi entrado em contato com os pais e ambos foram encaminhados para o hospital de referência.

Ass.:

Fabio 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

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 4155580000000

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 2781693 9 - Validade da Carteira 09/10/2023

10 - Nome LUNA EMANUELLY GODKE VASCONCE

11 - Cartão Nacional da Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 76501569000130 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 09/10/2023 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 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 09/10/2023 37 - Hora Inicial 18:33:47 38 - Hora Final 18:33:47 39 - Tabela 22 40 - Procedimento 10101039 41 - Descrição Consulta em pronto socorro 42 - Cide 001 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red Jacresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 428.00

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

48 - Seq. Rel. 49 - Grau Part. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional. 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 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 CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$) 158.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

EMANEXO

68 - Assinatura do Contratado

GABRIELLE. Data/Hora: 10/10/2023 00:31:21

Conta/Lote: 2287177

Atendimento: 4155580

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2287177



EMERGÊNCIA/CONVÊNIO

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: 13885

Data da Ocorrência	Horário	Local
09/10/2023	16:20:00	Pátio

Atividade

Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

Aluna estava brincando com os colegas da turma se desequilibrou, caiu e bateu a cabeça.

Testemunha da ocorrência

Márcia

Telefone

(41) 3097-7450

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

A aluna foi atendida pelo monitor colocando gelo no local. Entrado em contato com a família e orientado buscar hospital acima citado.

Ass.:

Gleice Oliveira

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 4138666000000
4 - Data da Autorização 5 - Semia

6 - Data Validade da Semia

7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 0000000 9 - Validade da Carteira 30/12/2023

10 - Nome LUAN VICTOR MARQUES DA SILVA CAR

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 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. 22 - Data da Solicitação 20/09/2023 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 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 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qlde 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acessc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

1	20/09/2023	17:49:20	17:49:20	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001	1.00	158.00	158.00
---	------------	----------	----------	----	----------	----------------------------	-----	------	--------	--------

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

48 - Seq.Nel. 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 Médicinais (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



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luan Victor Marques da Silva Carvalho
Nº da Carteirinha: 2.78.1562
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 11/01/2007

Nº da Guia: 13468

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/09/2023	15:55:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Abdomen

Descrição

O aluno estava em treino de de ed. Física quando recebeu um contato e caiu sentindo dor .

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Felipe	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof. Felipe	25/08/2023

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 professor , que relatou que estava bem e ao termino do jogo foi para casa de bicicleta ...

Ass.: _____

Fabio 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

Zimbra

tiago.ribeiro@hpp.org.br

Guia para internação - Luan Victor Marques da Silva Carvalho

De : assistenciamedica@clinicaadventista.org.br

qua., 20 de set. de 2023 18:08

Assunto : Guia para internação - Luan Victor Marques da Silva Carvalho 1 anexo**Para :** caixa-convenios@hpp.org.br**Cc :** coord gestaosaude

<coord.gestaosaude@clinicaadventista.org.br>

Boa tarde Prezada

Conforme solicitado segue guia para internação do aluno Luan Victor Marques da Silva Carvalho.

Esta guia de atendimento está autorizada pela Assistencia Médica da Rede Adventista para fins de faturamento da conta do aluno em tratativa, mesmo que esta não esteja assinada.

Atenciosamente

Beatriz Borges
Analista de Saúde
Clínica Adventista de Curitiba

 **Relatório de (2) (2).pdf**
84 KB

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal
4167276000000

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

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

2781802

23/10/2023

LAURA MATEUS BARCELOS CREFTA

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

EMERSON FARIA BORGES

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Carteira Atendim.

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

23/10/2023

48064

41

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

EMANEXO

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

59

EMERSON FARIA BORGES

31 - Código CNES

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

9

1

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Cite

43 - Via

44 - Tec

45 - Valor Red./Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

1 23/10/2023 13:52:40 13:52:40 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 Aluguéis (R\$)

0,00

61 - Total Material (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

ELIANE.

Data/Hora: 23/10/2023 17:02:55

Contat./Lote: 2293336

Atendimento: 4167276

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

2293336

1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Laura Mateus Barcelos Crefta
Nº da Carteira: 2.78.1802
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 13/06/2007

Nº da Guia: 13976.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
23/10/2023	11:08:02	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Desmaio

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

A aluna estava em aula de Edu. Física.

Testemunha da ocorrência

Prof. Paloma

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Prof. Paloma

Data

16/10/2023

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

Motivo do Retorno

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Disciplinar

Ass.:

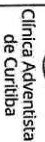
Fábio Bittencourt Machado

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

DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

Dr Emerson Faria Borges
 18064



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

2-N²

21109

[illegible]

Impresso por: MIDIA.RODRIGUES Data/Hora: 14/10/2023 21:10:59

Data/Hora: 14/10/2023 21:10:59

Conta/ Lote: 2289080

Atendimento: 4159159

Convenio: CLINICA
ADVENTI

CLINICA
ADVENTISTA DE

DE

100

100



2289080

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

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

Dados do Beneficiário

10 - Nome

NATALY BARREIRA LEAL APOLINARIO

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

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. GUILHERME APOLINARIO

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

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 - Qtd. Aut.

30 - Qtd. Aut.

31 - Qtd. Aut.

32 - Qtd. Aut.

33 - Qtd. Aut.

34 - Qtd. Aut.

35 - Qtd. Aut.

36 - Qtd. Aut.

37 - Qtd. Aut.

38 - Qtd. Aut.

39 - Qtd. Aut.

40 - Qtd. Aut.

41 - Qtd. Aut.

42 - Qtd. Aut.

43 - Qtd. Aut.

44 - Qtd. Aut.

45 - Qtd. Aut.

46 - Qtd. Aut.

47 - Qtd. Aut.

48 - Qtd. Aut.

49 - Qtd. Aut.

50 - Qtd. Aut.

51 - Qtd. Aut.

52 - Qtd. Aut.

53 - Qtd. Aut.

54 - Qtd. Aut.

55 - Qtd. Aut.

56 - Qtd. Aut.

57 - Qtd. Aut.

58 - Qtd. Aut.

59 - Qtd. Aut.

60 - Qtd. Aut.

61 - Qtd. Aut.

62 - Qtd. Aut.

63 - Qtd. Aut.

64 - Qtd. Aut.

65 - Qtd. Aut.

66 - Qtd. Aut.

67 - Qtd. Aut.

68 - Qtd. Aut.

69 - Qtd. Aut.

70 - Qtd. Aut.

71 - Qtd. Aut.

72 - Qtd. Aut.

73 - Qtd. Aut.

74 - Qtd. Aut.

75 - Qtd. Aut.

76 - Qtd. Aut.

77 - Qtd. Aut.

78 - Qtd. Aut.

79 - Qtd. Aut.

80 - Qtd. Aut.

81 - Qtd. Aut.

82 - Qtd. Aut.

83 - Qtd. Aut.

84 - Qtd. Aut.

85 - Qtd. Aut.

86 - Qtd. Aut.

87 - Qtd. Aut.

88 - Qtd. Aut.

89 - Qtd. Aut.

90 - Qtd. Aut.

91 - Qtd. Aut.

92 - Qtd. Aut.

93 - Qtd. Aut.

94 - Qtd. Aut.

95 - Qtd. Aut.

96 - Qtd. Aut.

97 - Qtd. Aut.

98 - Qtd. Aut.

99 - Qtd. Aut.

100 - Qtd. Aut.

101 - Qtd. Aut.

102 - Qtd. Aut.

103 - Qtd. Aut.

104 - Qtd. Aut.

105 - Qtd. Aut.

106 - Qtd. Aut.

107 - Qtd. Aut.

108 - Qtd. Aut.

109 - Qtd. Aut.

110 - Qtd. Aut.

111 - Qtd. Aut.

112 - Qtd. Aut.

113 - Qtd. Aut.

114 - Qtd. Aut.

115 - Qtd. Aut.

116 - Qtd. Aut.

117 - Qtd. Aut.

118 - Qtd. Aut.

119 - Qtd. Aut.

120 - Qtd. Aut.

121 - Qtd. Aut.

122 - Qtd. Aut.

123 - Qtd. Aut.

124 - Qtd. Aut.

125 - Qtd. Aut.

126 - Qtd. Aut.

127 - Qtd. Aut.

128 - Qtd. Aut.

129 - Qtd. Aut.

130 - Qtd. Aut.

131 - Qtd. Aut.

132 - Qtd. Aut.

133 - Qtd. Aut.

134 - Qtd. Aut.

135 - Qtd. Aut.

136 - Qtd. Aut.

137 - Qtd. Aut.

138 - Qtd. Aut.

139 - Qtd. Aut.

140 - Qtd. Aut.

141 - Qtd. Aut.

142 - Qtd. Aut.

143 - Qtd. Aut.

144 - Qtd. Aut.

145 - Qtd. Aut.

146 - Qtd. Aut.

147 - Qtd. Aut.

148 - Qtd. Aut.

149 - Qtd. Aut.

150 - Qtd. Aut.

151 - Qtd. Aut.

152 - Qtd. Aut.

153 - Qtd. Aut.

154 - Qtd. Aut.

155 - Qtd. Aut.

156 - Qtd. Aut.

157 - Qtd. Aut.

158 - Qtd. Aut.

159 - Qtd. Aut.

160 - Qtd. Aut.

161 - Qtd. Aut.

162 - Qtd. Aut.

163 - Qtd. Aut.

164 - Qtd. Aut.

165 - Qtd. Aut.

166 - Qtd. Aut.

167 - Qtd. Aut.

168 - Qtd. Aut.

169 - Qtd. Aut.

170 - Qtd. Aut.

171 - Qtd. Aut.

172 - Qtd. Aut.

173 - Qtd. Aut.

174 - Qtd. Aut.

175 - Qtd. Aut.

176 - Qtd. Aut.

177 - Qtd. Aut.

178 - Qtd. Aut.

179 - Qtd. Aut.

180 - Qtd. Aut.

181 - Qtd. Aut.

182 - Qtd. Aut.

183 - Qtd. Aut.

184 - Qtd. Aut.

185 - Qtd. Aut.

186 - Qtd. Aut.

187 - Qtd. Aut.

188 - Qtd. Aut.

189 - Qtd. Aut.

190 - Qtd. Aut.

191 - Qtd. Aut.

192 - Qtd. Aut.

193 - Qtd. Aut.

194 - Qtd. Aut.

195 - Qtd. Aut.

196 - Qtd. Aut.

197 - Qtd. Aut.

198 - Qtd. Aut.

199 - Qtd. Aut.

200 - Qtd. Aut.

201 - Qtd. Aut.

202 - Qtd. Aut.

203 - Qtd. Aut.

204 - Qtd. Aut.

205 - Qtd. Aut.

206 - Qtd. Aut.

207 - Qtd. Aut.

208 - Qtd. Aut.

209 - Qtd. Aut.

210 - Qtd. Aut.

211 - Qtd. Aut.

212 - Qtd. Aut.

213 - Qtd. Aut.

214 - Qtd. Aut.

215 - Qtd. Aut.

216 - Qtd. Aut.

217 - Qtd. Aut.

218 - Qtd. Aut.

219 - Qtd. Aut.

220 - Qtd. Aut.

221 - Qtd. Aut.

222 - Qtd. Aut.

223 - Qtd. Aut.

224 - Qtd. Aut.

225 - Qtd. Aut.

226 - Qtd. Aut.

227 - Qtd. Aut.

228 - Qtd. Aut.

229 - Qtd. Aut.

230 - Qtd. Aut.

231 - Qtd. Aut.

232 - Qtd. Aut.

233 - Qtd. Aut.

234 - Qtd. Aut.

235 - Qtd. Aut.

236 - Qtd. Aut.

237 - Qtd. Aut.

238 - Qtd. Aut.

239 - Qtd. Aut.

240 - Qtd. Aut.

241 - Qtd. Aut.

242 - Qtd. Aut.

243 - Qtd. Aut.

244 - Qtd. Aut.

245 - Qtd. Aut.

246 - Qtd. Aut.

247 - Qtd. Aut.

248 - Qtd. Aut.

249 - Qtd. Aut.

250 - Qtd. Aut.

251 - Qtd. Aut.

252 - Qtd. Aut.

253 - Qtd. Aut.

254 - Qtd. Aut.

255 - Qtd. Aut.

256 - Qtd. Aut.

257 - Qtd. Aut.

258 - Qtd. Aut.

259 - Qtd. Aut.

260 - Qtd. Aut.

261 - Qtd. Aut.

262 - Qtd. Aut.

263 - Qtd. Aut.

264 - Qtd. Aut.

265 - Qtd. Aut.

266 - Qtd. Aut.

267 - Qtd. Aut.

268 - Qtd. Aut.

269 - Qtd. Aut.

270 - Qtd. Aut.

271 - Qtd. Aut.

272 - Qtd. Aut.

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nome do Paciente: NATALLY GABRIELLY LEAL APOLINARIO

Nº da Carteirainha: _____



Data de Nascimento: 03 / 07 / 2012

Nº da Guia: 141023

Instituição: CAMPORI - USB

Data da Ocorrência: 14 / 10 / 2023

Tipo de Encaminhamento:

☐ Raio-X

☐ Ultrassonografia

☐ Tomografia

☐ Exames Laboratoriais

☐ Outros

Tabela de Exames laboratoriais:

☐ Hemograma Completo	☐ TSH - Hormônio Tiroestimulante	☐ CPK - Creatino Fosfoquinase
☐ Potássio	☐ Ureia	☐ Creatinina
☐ KPT - Tempo de Protombina	☐ Parcial de Urina	☐ Cultura de Secreções
☐ LDH - Desidrogenase Lactica	☐ VDRL	☐ Cultura Automatizada
☐ LDL - Colesterol	☐ HbsAg	☐ Antígeno SARS-CoV-2 (Covid-19)
☐ Lipase	☐ Albumina	☐ Dengue IgG
☐ Sódio	☐ Amilase	☐ Dengue IgM
☐ PCR - Proteína C Reativa	☐ Antibiograma	☐ Dengue Antígeno NS1
☐ Pesquisa de Hematozoários	☐ Acido Úrico	☐ Fosfatase Alcalina
☐ Proteínas Totais e Frações	☐ Beta HCG - quantitativo	☐ Ferro Sérico
☐ Proteinúria Urina Isolada	☐ Beta HCG - qualitativo	☐ Ferritina
☐ T4 Livre	☐ Cálcio	☐ Fator RH
☐ TAP - Tempo de Protrombina	☐ Coombs Direto	☐ Bilirrubinas Totais e Frações
☐ TGO - Aspartato Aminotransferase	☐ Coombs Indireto	☐ Gama GT
☐ TGP - Alanina Aminotransferase	☐ Cultura de Líquidos Biológicos	☐ Glicose
☐ Triglicerídeos	☐ Grupo Sanguíneo	☐ Outros: _____
☐ Colesterol HDL	☐ Creatinofosfoquinase Fração MB	☐ Outros: _____
☐ Troponina I	☐ Colesterol Total	☐ Outros: _____

Demais Exames e Encaminhamentos:

Código	Descrição
10101039	Consulta em pronto socorro

NÃO PREENCHER (SOMENTE EQUIPE DE REMOÇÃO - JADER)

Local de atendimento	Endereço	Telefone
☐ CDI - Centro de Imagem	Rua das Américas, 701, Sala 02, Centro - Santa Helena - PR	(45) 3196-0780 / (45) 99945-0417
☐ Hospital Beneficente Moacir Micheletto	Av Rio Grande do Sul, 1030, Centro - Santa Helena - PR	(45) 3268-1703 / (45) 99815-7494
☐ Hospital Bom Jesus	Rua Almirante Barroso, 2193 - Centro - Toledo - PR	(45) 2103-2095 / (45) 2103-2062
☐ Hospital São Lucas	Rua Engenheiro Rebouças, 2219 - Centro - Cascavel - PR	(45) 3219-6464 ramal 1280
☐ Hospital Unimed Foz	Rua Martins Pena, 297 - Jardim Renato Festugato - Foz do Iguaçu - PR	(45) 2102-7642 / (45) 99142-6606
<i>Hospital Pedro Pinheiro - HPP/ Rua Desembargador Moita, 1070, Água Verde, Curitiba - PR</i>		

Ass.: _____

Carimbo e Assinatura Médico Solicitante

Ass.: _____

Nome: _____

(Responsável acompanhante)

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS.

(Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde - CNPJ: 15.116.763/0004-12 | Telefone (41) 99612-0824
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
credenciamento@clinicaadventista.org.br / assistenciamedica@clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 4140701000000	6 - Data Validade da Sanha	7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora 13532
4 - Data de Autorização 22/09/2023	5 - Sanha 13532	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome KAUAN DE SOUZA DA SILVA

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 3268226	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome KAUAN DE SOUZA DA SILVA	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RU 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 Dr. Gilson Donizette da Silva Santos CRM PR 51922
----------------------	--	---	---	---------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados	21 - Caracter Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/09/2023	23 - Indicação Clínica
--	--------------------------------	--	------------------------

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

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 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 22/09/2023	37 - Hora Inicial 14:49:10	38 - Hora Final 14:49:10	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição Consulta em pronto socorro	42 - Qtd 001	43 - Via 01	44 - Tec 04	45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	---------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------	-------------------------------	--	-----------------	----------------	----------------	-----------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Seq. Rel.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
--	----------------	-----------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	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 Médicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	------------------------

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

EDILSON.	Data/Hora: 22/09/2023 14:50:46	Conta/Lote: 2279633	Atendimento: 4140701	Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
----------	--------------------------------	---------------------	----------------------	--

1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Kauan de Souza da Silva
Nº da Carteira: 3.26.8226
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM

Data de Nascimento: 10/08/2014

Nº da Guia: 13532

Data da Ocorrência	Horário	Local
22/09/2023	13:33:00	Sala de Aula

Atividade
Aula de outras matérias

O que aconteceu
Queda de mesmo nível

Partes do corpo
Rosto

Descrição

O aluno estava em sala de aula e foi empurrado por um colega e caiu, bateu o queixo no chão e cortou.

Testemunha da ocorrência

Gilia

Telefone

(41) 3028-5430

Data

22/09/2023

Quem prestou primeiros socorros

Alana

Local de atendimento

Endereço

Hospital Pequeno Príncipe

Rua Desembargador Motta

Nº

Bairro

Telefone

107
0

Água Verde, Curitiba
- PR

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

Observações

O aluno foi atendido pela monitora, foi informado a mãe e encaminhado ao hospital.

Ass.:

Maira C. Rib

Maira Cardoso Rib

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



HOSPITAL
Pequeno PRÍNCIPE

CODIGO 00272997

DADOS DO PACIENTE

Nome Paciente: KAUAN DE SOUZA DA SILVA
Data Nasc: 10/08/2014
Nome Mãe: THAIS FERNANDA DE SOUZA SILVA
Endereço: AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OL
Cidade: CURITIBA
Responsável: THAIS FERNANDA DE SOUZA SILVA

Nome Pai: FRANCIEL PEREIRA DA
Número: 7424
Bairro: CIDADE INDUSTRIAL
Telefone: 30530278

Idade: 9 Anos 1 Mês 12 Dias Sexo: MASCULIN
CNS do Paciente:
Complemento: CASA
CEP: 81450000 UF: PR
Grau de Parentesco: MAE

CODIGO 04140701

DADOS DO ATENDIMENTO

Médico(a): GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS CRM: 51922
Data/Hora: 22/09/2023 - 14:49
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Plano: EMPRESARIAL
Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Unid. Internação:
Leito:
Matrícula: 3268226

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

CIPE

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

Exame Físico

BEG, ALERTA, ATIVO E REATIVO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EUPNEICO
LESÃO CORTOCONTUSA EM MENTO, APROX 1.5 CM, SEM SANGRAMENTO ATIVO, SEM DEFORMIDADES OU CREPITAÇÃO LOCAIS
ECG 15/15, PIFR, SEM DÉFICITS MOTORES OU SENSITIVOS APARENTES AO EXAME

Diagnóstico

FCC

Tratamento/Conduta

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

Médico(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 SRS-CPM nº 053, por
GILSON DONIZETTE DA SILVA SANTOS, CNPJ 11281361831, em 15:20 GMT-03:00 de 22/09/2023.
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



Paciente 00272997



Atendimento 04140701



Data impressão: 22/09/2023

Página: 1

1 - Registro ANS	000000		3 - Número da Guia Principal	4171837000000	
4 - Data da Autorização	27/10/2023		5 - Senha	14223	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira		2374400	
9 - Validade da Carteira		27/10/2023		10 - Nome	
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		EMANEXO		21 - Cardêr Atendimento	
22 - Data da Solicitação		27/10/2023		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição	
27 - CL.Solic.		28 - CL.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		33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada	
04		9		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data		37 - Hora Inicial	
38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Procedimento	
41 - Descrição		42 - Qtd		43 - Via	
44 - Tec		45 - Fator Red./Acresc		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)		48 - Data		12:02:18	
12:02:18		22		10101039	
Consulta em pronto socorro		001		1.00	
158.00		158.00		158.00	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		49 - 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	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		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 - / /	
58 - Observações / Justificativa		59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	
158.00		0.00		61 - Total Materiais (R\$)	
0.00		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
0.00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Contratado	
ELIANE.		Data/Hora: 27/10/2023 16:01:39		Contat/Lote: 2295619	
Atendimento: 4171837		Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA		2295619	
1 / 1					

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Guilherme Souza Abech
Nº da Carteirinha: 2.37.4400
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 25/01/2008

Nº da Guia: 14223

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/10/2023	10:10:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Partes do corpo

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

Olho Direito, Olho Esquerdo

Descrição

O aluno estava em sala de aula e o colega de sala levantou a folha de papel e acertou o olho. Foi colocado gelo e lavado o local.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Isabele

(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros

Data

Isabele

27/10/2023

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 pela monitora Isabele e encaminhado para o hospital de referência. Foi comunicado o familiar via ligação.

P/Isabele

Nailson Veras

Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

João

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.ush.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

27/10/23

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

Clínica Adventista

2 - Nº Guia em Possessão

SECTOR

EMERGÊNCIA/CONVÊNIOS

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

6 - Data de Validade da Senha

Guilherme Souza Alech

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

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

Maristela Gomes Gonçalves
Pediatra
CRM 10618

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

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 CNEC

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNEC

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - V/A

44 - Tec.

45 - Fator Red/Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Dados do Contratado Executante

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 - Qtd. Solic.

37 - Qtd. Aut.

38 - Código CNEC

39 - Nome do Contratado

40 - Código CNEC

41 - Tipo de Atendimento

42 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

43 - Tipo de Consulta

44 - Motivo do Encerramento do Atendimento

45 - Data

46 - Hora Inicial

47 - Hora Final

48 - Tabela

49 - Código do Procedimento

50 - Descrição

51 - Qtd.

52 - V/A

53 - Tec.

54 - Fator Red/Acrec.

55 - Valor Unitário (R\$)

56 - Valor Total (R\$)

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 - V/A

44 - Tec.

45 - Fator Red/Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Nome do Contratado

57 - Código CNEC

58 - Tipo de Atendimento

59 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

60 - Tipo de Consulta

61 - Motivo do Encerramento do Atendimento

62 - Data

63 - Hora Inicial

64 - Hora Final

65 - Tabela

66 - Código do Procedimento

67 - Descrição

68 - Qtd.

69 - V/A

70 - Tec.

71 - Fator Red/Acrec.

72 - Valor Unitário (R\$)

73 - Valor Total (R\$)

56 - Data de Realização de Procedimentos em Sítio 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 -

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

2 - Nº Guia no Prestador 4174138000000



1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal 4174138000000

4 - Data de Autorização

6 - Data Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

5 - Semha

14276

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

2781957

31/12/2023

BEATRIZ CRISTINA SEMESKE PEREIRA

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 - Inscrição de Conselho em Solicitante

RODRIGO PIANTONI GONCALVES

6

38523

41

225165

IMANEXO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cardier Atendim.

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

30/10/2023

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

EM

RODRIGO PIANTONI GONCALVES

31 - Código CNES 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

9

1

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

1

30/10/2023 18:39:13 18:39:13 22

10101039

Consulta em pronto socorro

42 - Qlde

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red./Acess

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

001

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 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

MIDIA.

Data/Hora: 31/10/2023 04:44:27

Conta/Lote: 2296985

Atendimento: 4174138

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Beatriz Cristina Semeske Pereira
Nº da Carteirinha: 2.78.1957
Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 20/06/2014

Nº da Guia: 14276



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/10/2023	12:30:00	Pátio	Chegada

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição

Aluna estava no pátio após o reforço brincando com as colegas, no momento de brincadeira uma colega acabou a puxando e caiu batendo a cabeça no chão, foi aplicado gelo no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Thomaz	(41) 3097-7450

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

A aluna foi atendida pelo monitor e aplicado gelo no local, aluna relatou que se alimentou mas após a dor não havia diminuído. Foi informado a responsável e orientada a encaminhar no 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

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

2 - Nº Guia no Prestador 4174134000000

1 - Registro ANS 000000
9 - Número da Guia Principal 4174134000000

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

3268709

9 - Validade da Carteira

31/12/2023

10 - Nome

ITALO CARVALHO CAFFARO VICENTINI

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

LMANEXO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Carteira Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

30/10/2023

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 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 - Qlote

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red/Acresc

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

58 - Assinatura do Responsável pela Autorização

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de OPIAE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Assinatura do Contratado

66 - Total Geral (R\$)

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Contratado

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Contratado

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Contratado

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Contratado

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Contratado

112 - Assinatura do Contratado

113 - Assinatura do Contratado

114 - Assinatura do Contratado

115 - Assinatura do Contratado

116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Contratado

118 - Assinatura do Contratado

119 - Assinatura do Contratado

120 - Assinatura do Contratado

121 - Assinatura do Contratado

122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Contratado

124 - Assinatura do Contratado

125 - Assinatura do Contratado

126 - Assinatura do Contratado

127 - Assinatura do Contratado

128 - Assinatura do Contratado

129 - Assinatura do Contratado

130 - Assinatura do Contratado

131 - Assinatura do Contratado

132 - Assinatura do Contratado

133 - Assinatura do Contratado

134 - Assinatura do Contratado

135 - Assinatura do Contratado

136 - Assinatura do Contratado

137 - Assinatura do Contratado

138 - Assinatura do Contratado

139 - Assinatura do Contratado

140 - Assinatura do Contratado

141 - Assinatura do Contratado

142 - Assinatura do Contratado

143 - Assinatura do Contratado

144 - Assinatura do Contratado

145 - Assinatura do Contratado

146 - Assinatura do Contratado

147 - Assinatura do Contratado

148 - Assinatura do Contratado

149 - Assinatura do Contratado

150 - Assinatura do Contratado

151 - Assinatura do Contratado

152 - Assinatura do Contratado

153 - Assinatura do Contratado

154 - Assinatura do Contratado

155 - Assinatura do Contratado

156 - Assinatura do Contratado

157 - Assinatura do Contratado

158 - Assinatura do Contratado

159 - Assinatura do Contratado

160 - Assinatura do Contratado

161 - Assinatura do Contratado

162 - Assinatura do Contratado

163 - Assinatura do Contratado

164 - Assinatura do Contratado

165 - Assinatura do Contratado

166 - Assinatura do Contratado

167 - Assinatura do Contratado

168 - Assinatura do Contratado

169 - Assinatura do Contratado

170 - Assinatura do Contratado

171 - Assinatura do Contratado

172 - Assinatura do Contratado

173 - Assinatura do Contratado

174 - Assinatura do Contratado

175 - Assinatura do Contratado

176 - Assinatura do Contratado

177 - Assinatura do Contratado

178 - Assinatura do Contratado

179 - Assinatura do Contratado

180 - Assinatura do Contratado

181 - Assinatura do Contratado

182 - Assinatura do Contratado

183 - Assinatura do Contratado

184 - Assinatura do Contratado

185 - Assinatura do Contratado

186 - Assinatura do Contratado

187 - Assinatura do Contratado

188 - Assinatura do Contratado

189 - Assinatura do Contratado

190 - Assinatura do Contratado

191 - Assinatura do Contratado

192 - Assinatura do Contratado

193 - Assinatura do Contratado

194 - Assinatura do Contratado

195 - Assinatura do Contratado

196 - Assinatura do Contratado

197 - Assinatura do Contratado

198 - Assinatura do Contratado

199 - Assinatura do Contratado

200 - Assinatura do Contratado

201 - Assinatura do Contratado

202 - Assinatura do Contratado

203 - Assinatura do Contratado

204 - Assinatura do Contratado

205 - Assinatura do Contratado

206 - Assinatura do Contratado

207 - Assinatura do Contratado

208 - Assinatura do Contratado

209 - Assinatura do Contratado

210 - Assinatura do Contratado

211 - Assinatura do Contratado

212 - Assinatura do Contratado

213 - Assinatura do Contratado

214 - Assinatura do Contratado

215 - Assinatura do Contratado

216 - Assinatura do Contratado

217 - Assinatura do Contratado

218 - Assinatura do Contratado

219 - Assinatura do Contratado

220 - Assinatura do Contratado

221 - Assinatura do Contratado

222 - Assinatura do Contratado

223 - Assinatura do Contratado

224 - Assinatura do Contratado

225 - Assinatura do Contratado

226 - Assinatura do Contratado

227 - Assinatura do Contratado

228 - Assinatura do Contratado

229 - Assinatura do Contratado

230 - Assinatura do Contratado

231 - Assinatura do Contratado

232 - Assinatura do Contratado

233 - Assinatura do Contratado

234 - Assinatura do Contratado

235 - Assinatura do Contratado

236 - Assinatura do Contratado

237 - Assinatura do Contratado

238 - Assinatura do Contratado

239 - Assinatura do Contratado

240 - Assinatura do Contratado

241 - Assinatura do Contratado

242 - Assinatura do Contratado

243 - Assinatura do Contratado

244 - Assinatura do Contratado

245 - Assinatura do Contratado

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Sentença	
6 - Data de Validade da Sentença		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RM		13 - Nome do 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 - Assinatura do Profissional Solicitante	
22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Descrição	
26 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		27 - Qtd. Solic.	
28 - Qtd. Aut.		29 - Código CNES	
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 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
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. ☐	☐

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. ☐

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\$)
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. ☐

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ítalo Carvalho Caffaro Vicentini
Nº da Carteira: 3.26.8709
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM



Data de Nascimento: 03/07/2017

Nº da Guia: 14281

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/10/2023	17:47:00	Sala de Aula	Aula

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Cabeça

Descrição

Durante a aula, o aluno caiu da cadeira e bateu a cabeça no chão. Recebeu primeiros atendimentos, com gelo no local.

Testemunha da ocorrência

Coordenadora Andressa

Coordenadora Andressa

Telefone

(41) 3028-5430

(41) 3028-5430

Quem prestou primeiros socorros

Coordenadora Andressa

Data

30/10/2023

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

Durante a aula, o aluno caiu da cadeira e bateu a cabeça no chão. Recebeu primeiros atendimentos, com gelo no local.

Ass.:

Djalma Antunes

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: <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 4175163000000

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 4175163000000
4 - Data de Autorização 31/10/2023	5 - Senha 14305
6 - Data Validada da Senha 14305	

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 375655	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome MARIA JULIA GONCALVES DE MEDEIR	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 NILTON KIESEL FILHO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 8961	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante EMANEXO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados	21 - Caracter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 31/10/2023	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 NILTON KIESEL FILHO	31 - Código CNI 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
----------------------	-----------------------------	---	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 31/10/2023	37 - Hora Inicial 17:52:27	38 - Hora Final 17:52:27	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição Consulta em pronto socorro	42 - Cide 001	43 - Via 1.00	44 - Tec 1.00	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
1- / /	3- / /
2- / /	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 EMANEXO	68 - Assinatura do Contratado
---	---	-------------------------------

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Semha		7 - Número da Guia Arquivada pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RM	
4 - Data da Autorização		5 - Semha		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 - 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 - Fator Red./Acrasc.		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 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
57 - Data de Realização de Procedimentos em Série		58 - 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 Contratado		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Julia Gonçalves de Medeiros
Nº da Carteira: 3.7.5655
Instituição: Colégio Adventista Boqueirão - EIEFM

Data de Nascimento: 07/06/2006

Nº da Guia: 14305



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/10/2023	16:01:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Rosto

Descrição

Aluna estava participando de um jogo de handebol quando outra colega bateu no seu maxilar ao fazer o bloqueio da bola. A aluna perdeu o fôlego por alguns instantes e passou a sentir muita dor no maxilar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professora Dani	41988097974

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professora Dani	31/10/2023

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

A aluna foi atendida pelos bombeiros do local, foi aferida a pressão e aplicado gelo no local.

Ass.: _____

Erika Farias David

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 4149140000000

4 - Data de Autorização 02/10/2023
5 - Sanha 13710

6 - Data Validade da Sanha
7 - Número da Guia Arribuido pela Operadora 20944

8 - Número da Carteira 3381037
9 - Validade da Carteira 30/12/2023

10 - Nome PIETRO AGRELA CAMPOS
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 LUCAS KOJI MATSUZAKI
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 40994

18 - UF 41
19 - Código CBO 225230
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter Atendim. 2
22 - Data da Solicitação 02/10/2023
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 LUCAS KOJI MATSUZAKI

Dados do Atendimento
31 - Tipo Atendimento 04
32 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
33 - Data 02/10/2023
34 - Hora Inicial 16:28:36
35 - Hora Final 16:28:36
36 - Tabela 22
37 - Procedimento 10101039
38 - Descrição Consulta em pronto socorro
39 - Tipo de Consulta 1
40 - Motivo de Encerramento do Atendimento

41 - Cide 001
42 - Via 1.00
43 - Tec 1.00
44 - Fator Red./Acresc. 158.00
45 - Valor Unitário (R\$) 158.00
46 - Valor Total (R\$) 91.65

47 - Valor Total (R\$) 91.65
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 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 Contratado

FRANCIELI, Data/Hora: 02/10/2023 16:29:37

Conta/Lote: 2284004

Atendimento: 4149140

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2284004