

Agrupamento: 2 - CONTAS AMBULATORIAIS - P. S Tipo de Agrupamento: CONTA AMBULATORIAL

Remessa: 233059

Competência: 03/2025

Entrega: 10/03/2025

Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



Nota Fiscal:

Período

Início	Término	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Nr. Carteira	Valor
21/02/2025	21/02/2025	24536	24536	2527701	4586832 ARTHUR KUCEWICZ	24536	80,85
26/02/2025	26/02/2025	24668	24668	2529872	4590981 DAVI DE DEUS SILVA BURINI	27871	87,34
18/02/2025	18/02/2025	24368	24368	2526251	4583713 DEREK SAMUEL HUMBERTO MERCADO	3269804	1.490,76
24/02/2025	24/02/2025	13712371	24597	2528911	4588844 HEITOR STRAUBE MANHOLER	24597	79,87
19/02/2025	19/02/2025	24387	24387	2526635	4584539 KARINA DOS REIS DE OLIVEIRA	24387	1.340,54
21/02/2025	21/02/2025	13700109	2527644	4586760	SOPHIA MAITTO FERREIRA	098201001958	73,22
18/02/2025	18/02/2025	24333	24333	2526266	4583729 THEO EDUARDO MACEDO DA SILVA	2791042	726,59
						Total : 7	3.879,17
						Total Geral : 7	3.879,17



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

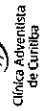
2 - Nº Guia no Prestador **24536**

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 24536	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24536	12 - Alinhamento e RN N
4 - Data de Autorização 07/03/2025	5 - Sentença 24536	11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		10 - Nome ARTHUR KUCEWICZ	
6 - Número da Carteira 24536	8 - Validade da Carteira 01/03/2025		
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	17 - Número no Conselho 16455	19 - Código CBO 225124
15 - Nome do Profissional Solicitante LUCIANE CRISTINE OLIVEIRA VALDEZ	16 - Conselho Profissional 6	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados de Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 07/03/2025	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - QLSite. 28 - QLAutoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 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 21/02/2025	37 - Hora Inicial 18:18:00	38 - Hora Final 18:18:00	39 - Tabela 22
	40 - Procedimento 40801012	41 - Descrição RX - Crânio - 2 incidências	42 - Qkle 001
	43 - Via 44 - Tec	44 - Tec 1.00	45 - Fator Red./Acesso 80.85
	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	48 - Valor Total (R\$)
		80.85	80.85
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
49 - 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 OPME (R\$)
80.85	0.00	0.00	0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Casos Médicos (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	
0.00	0.00	80.85	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado			

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 13685349	6 - Data da Autorização	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora	8 - Data Validade da Senha	9 - Validade da Carteira 01/03/2025	10 - Nome ARTHUR KUCEWICZ	11 - Cessão Nacional de Saúde	12 - Alencimento a RN N					
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 24536	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO										
Dados do Solicitante		13 - Código na Operadora 76591569000130	15 - Nome do Profissional Solicitante LUCIANE CRISTINE OLIVEIRA VALDEZ										
Dados de Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		21 - Caracter. Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 21/02/2025	23 - Indicação Clínica	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 16455	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional/Solicitante Dr. Victor Horacio de S. Costa J Infecçaoia Pediatría CRM-PR 16725				
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento	26 - Descrição										
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado LUCIANE CRISTINE OLIVEIRA VALDEZ										
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada										
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 1 21/02/2025	37 - Hora Inicial 18:00:25	38 - Hora Final 18:00:25	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição Consulta em pronto socorro	42 - Qtd 001	43 - Via	44 - Tec 1.00	45 - Fator Red./Acresc 175.36	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$) 175.36
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)													
48 - Sit. 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 da Procedimentos em Série													
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /				
58 - Observações / Justificativa													
59 - Total Procedimentos (R\$) 175.36		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\$) 175.36	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização													
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável													

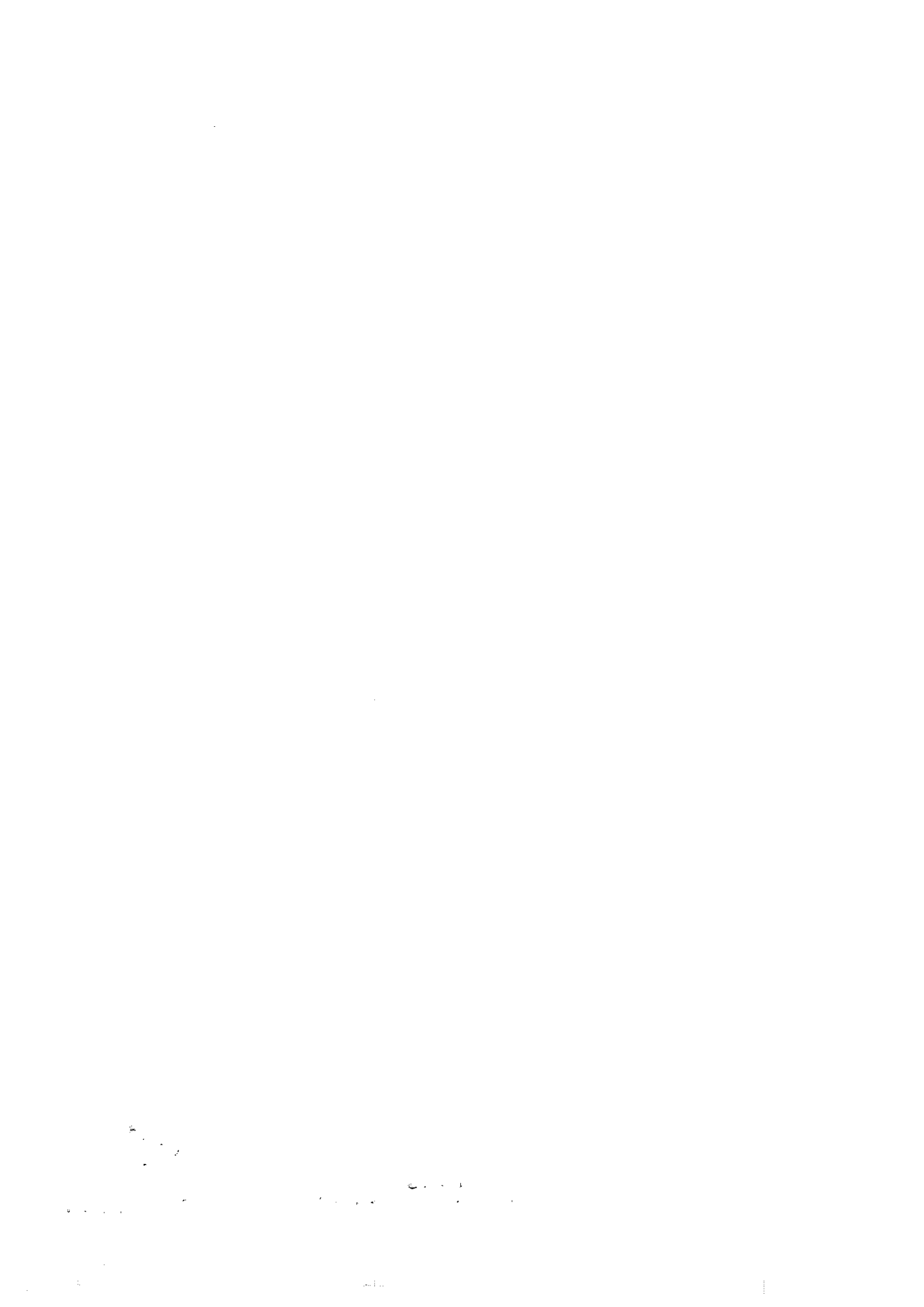
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **13685350**



1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 13685349	6 - Guia Validada da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Conselho Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 01/03/2025	10 - Nome ARTHUR KUCEWICZ	17 - Número no Conselho 16455	19 - Código CBO 225124
Dados do Beneficiário		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO			
8 - Número da Carteira 24536	13 - Código na Operadora 76591569000130	15 - Nome do Profissional Solicitante LUCIANE CRISTINE OLIVEIRA VALDEZ	16 - Conselho Profissional 6	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Victor Honório de S. Costa J	21 - Assinatura do Profissional Solicitante Infecologia Pediátrica
Dados de Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		22 - Data da Solicitação 21/02/2025			
21 - Cartão Atendim. 2	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição			
Dados do Contratado Executante		27 - CI Solic. 28 - CI Autoriz.			
29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado LUCIANE CRISTINE OLIVEIRA VALDEZ	31 - Código CNES 15563			
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 04			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		34 - Tipo de Consulta 55 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 1 21/02/2025	37 - Hora Inicial 18:00:25	38 - Hora Final 18:00:25	39 - Tabela 10101039	40 - Procedimento 41 - Descrição Consulta em pronto socorro	42 - Cidade 001
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		43 - Via 44 - Tec	45 - Valor Unitário (R\$) 1.00	46 - Valor Unitário (R\$) 175.36	47 - Valor Total (R\$) 175.36
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /
58 - Observações / Justificativa		7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
59 - Total Procedimentos (R\$) 175.36	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 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Contratado			





AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Arthur Kucewicz
 Nº da Carteira: 3.6.8846
 Instituição: Colégio Adventista Boa Vista

Data de Nascimento: 26/05/2012 Nº da Guia: 24536

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/02/2025	15:34:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição
 O aluno estava no horário do intervalo na quadra jogando futebol deu um passo em falso e acabou escorregando e batendo a cabeça no piso, no lado esquerdo da testa. Se queixa de um pouco de dor no local e apresenta um pouco de inchaço.

Testemunha da ocorrência
 Allison (monitor)
 Telefone: (41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros
 Ruth Cervera - monitora
 Data: 21/02/2025

Local de atendimento
 Endereço: Rua Desembargador Motta
 Nº: 107
 Bairro: Agua Verde, Curitiba - PR
 Telefone: (41) 3310-1000

Observações
 O aluno foi atendido na sala de apoio e recebeu os primeiros socorros. Foi colocado gelo na região para aliviar a dor e sinais de inchaço. Tentativa de contato com os responsáveis via telefone e WhatsApp para informar o ocorrido e orientar a levar o aluno ao médico.

Ass.: *Jaquês Henrique De Oliveira*

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relativo ao atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistencia medica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

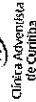
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
 Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistencia medica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 13711525

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído para Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Senha	11 - Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Beneficiário		10 - Nome DAVI DE DEUS SILVA BURINI
6 - Número da Carteira 27871	9 - Vigência da Carteira 31/12/2025	12 - Atribuição 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 MARISTELA GOMES GONCALVES	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 10518
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		
21 - Caracter Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 26/02/2025	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - OLSolic. 28 - OI Autontz.		
Dados do Contratado Executante		
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	
Dados do Atendimento		
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação do Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta 1
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		
36 - Data 1 26/02/2025	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 13:48:00 13:48:00	39 - Tabela 22
40 - Procedimento RX - Cranio - 3 Incidencias		41 - Descrição 001
42 - Qtdo 001		43 - Via 1,00
44 - Tec 001		45 - Fator Red/Acreto 87.34
46 - Valor Unitário (R\$) 87.34		47 - Valor Total (R\$) 87.34
Identificação de(s) Profissional(is) Executante(s)		
48 - Seq. Rel.	49 - Grau Part.	50 - Código na operador/CPF
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho		54 - UF
55 - Código CBO		56 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		
1 - / /	2 - / /	3 - / /
4 - / /	5 - / /	6 - / /
7 - / /	8 - / /	9 - / /
10 - / /	11 - / /	12 - / /
58 - Observações / Justificativa		
59 - Total Procedimentos (R\$) 87.34	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 Casos Médicos (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 87.34		66 - Assinatura do Contratado
67 - Assinatura do Responsável pela Autorização		



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

2 - Nº Guia no Prestador **13711525**

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído para Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4 - Data da Autorização	5 - Sanha	8 - Número do Cartão	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	N
Dados do Beneficiário	27871	31/12/2025	DAVI DE DEUS SILVA BURINI		
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF
76591569000130	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	MARISTELA GOMES GONCALVES	6	10518	41
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante				
225124					
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados					
21 - Caracter. Atendim.	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica			
2	26/02/2025				
24 - Tabela					
25 - Código do Procedimento					
26 - Descrição					
27 - QI. Social.					
28 - QI. Autônz.					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado				
76591569000130	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO				
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 Início/38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	
1 26/02/2025	13:48:00 13:48:00	22	40801020	RX - Cranio - 3 Incidencias	
42 - Qtd					
43 - Via					
44 - Tec					
45 - Fator Red./Acess					
46 - Valor Unitário (R\$)					
47 - Valor Total (R\$)					
48 - Seq. Ref.					
49 - Grau Part.					
50 - Código na operadora/CPT					
51 - Nome do Profissional					
52 - Conselho Profissional					
53 - Número no Conselho					
54 - UF					
55 - Código CBO					
56 - Data de Realização de Procedimentos em Síntese					
1	2	3	4	5	6
/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/
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 Casos Medicinais (R\$)					
65 - Total Geral (R\$)					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Contratado					
68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					



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

2 - Nº Guia no Prestador 13711525

1 - Registro ANS 0000000
 2 - Número da Guia Principal
 3 - Série
 4 - Data de Autuação
 5 - Data Validade da Semta
 6 - Número da Guia Atribuído para Operadora

Dados do Beneficiário
 7 - Número da Carteira 27871
 8 - Validade da Carteira 31/12/2025
 9 - Nome DAVI DE DEUS SILVA BURINI
 10 - Cartão Nacional de Saúde
 11 - Atendimento a RV N

Dados do Solicitante
 12 - Código no Operadora 76591569000130
 13 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
 14 - Nome do Profissional MARISTELA GOMES GONCALVES
 15 - Conselho Profissional 6
 16 - Número no Conselho 10518
 17 - UF 41
 18 - Código CBO 225124
 19 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
 20 - Tipo de Atendimento 04
 21 - Indicação de Adiente ou Doença Relacionada 9
 22 - Tipo de Consulta 1
 23 - Mativo de Encaminhamento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Início	38 - Hora Final	39 - Tabala	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Va	44 - Tce	45 - Fator Red/Acreso	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1 26/02/2025	13:48:00	13:48:00	22	40801020	RX - Cranio - 3 incidencias	001		1.00		87.34	87.34

Dados do Contratado Executante
 24 - Tabala 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
 27 - Ql.Sab. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Operadora
 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 de Atendimento 04
 33 - Indicação de Adiente ou Doença Relacionada 9
 34 - Tipo de Consulta 1
 35 - Mativo de Encaminhamento do Atendimento

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Sêde
 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 87.34
 60 - Total Taxas e Anuidades (R\$) 0.00
 61 - Total Materiais (R\$) 0.00
 62 - Total do OPME (R\$) 0.00
 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00
 64 - Total de Casos Medicinais (R\$) 0.00
 65 - Total Geral (R\$) 87.34

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

AMANDA KUBIS Data/Hora: 07/03/2025 14:58:34
 Contat/Lote: 2529872
 Atendimento: 4590981
 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



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

2 - Nº Guia no Prestador **13705021**

1 - Registro ANS 000000	5 - Número da Guia Principal 13705020	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	6 - Senha	8 - Data Validade da Senha	11 - Código Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome DAVI DE DEUS SILVA BURINI
8 - Número da Carteira 27871	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 10518
13 - Código na Operadora 76591569000130	15 - Nome do Profissional Solicitante MARISTELA GOMES GONCALVES	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Victor Haroldo de S. Costa J	
21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 26/02/2025	23 - Indicação Clínica Infecçologia/Pediatria	
24 - Tabela 2	25 - Código do Procedimento 26	26 - Descrição 28 - QUAQUITE	27 - QUAQUITE
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 (Acidente ou Doença Relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
38 - Data 1 26/02/2025	37 - Hora Inicial 13:27:57	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039
	41 - Descrição Consulta em pronto socorro	42 - Qlde 001	43 - Via 1.00
		44 - Tec 45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$) 175.36
			47 - Valor Total (R\$) 175.36
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operador/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 - / /	5 - / /	9 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	10 - / /
58 - Observações / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$) 175.36	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 Gerat (R\$) 175.36	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	

FERNANDA. Data/Hora: 05/03/2025 17:00:29

Conta/Lote: 2529872

Atendimento: 4590981

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2529872

1 - Registro ANS 000000 5 - Número da Guia Principal 13705020
 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha
 7 - Número da Guia Adubido pelo Operadora

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira 27871 9 - Validade da Carteira 31/12/2025
 10 - Nome DAVI DE DEUS SILVA BURINI 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 MARISTELA GOMES GONCALVES 16 - Conselho Profissional 6
 17 - Número no Conselho 10518 18 - UF 41 19 - Código CBO 225124
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Victor Horacio de S. Costa, J.
 21 - Cartão Nacional de Saúde
 22 - Data da Solicitação 26/02/2025 23 - Indicação Clínica
 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz. CRM-PR16779

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 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\$)
1	26/02/2025	13:27:57	13:27:57	22	10101039				1.00	175.36	175.36
					Consulta em pronto socorro						

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Seq.Ord. 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\$) 175.36 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total Materiais (R\$) 0.00 62 - Total da OPMIE (R\$) 0.00 63 - Total de Atendimentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 175.36
 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 13705021

1 - Registro ANS 000000 13705020 8 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 5 - Semha 6 - Data Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 27871 9 - Validade da Carteira 31/12/2025 10 - Nome DAVI DE DEUS SILVA BURINI 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 MARISTELA GOMES GONCALVES 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 10518 18 - UF 41 19 - Código CBO 225124 20 - Assinatura Profissional *[Assinatura]* 21 - Caracter. Alendim. 2 22 - Data da Solicitação 26/02/2025 23 - Indicação Clínica Infecção da Pediculose CRM/PR 16725

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 MARISTELA GOMES GONCALVES 31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 04 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 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/Acesso	46-Valor Red/Acesso	47-Valor Total (R\$)
1	26/02/2025	13:27:57	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001			1,00	175,36	175,36

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

48 - Seq.Ref. 49 - Grad.Pait. 50 - Código na operador/CPP 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional. 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Site 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 175.36 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\$) 175.36

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

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

2 - Nº Guia no Prestador: **24805**



1 - Registro ANS: **0**

4 - Data da Autorização: _____

5 - Sonha: _____

6 - Data Validada da Sonha: _____

7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora: _____

8 - Nome do Beneficiário: **DAVI DE DEUS SILVA BURINI**

9 - Validade da Carteira: _____

10 - Nome: **DAVI DE DEUS SILVA BURINI**

11 - Cartão Nacional de Saúde: **N**

12 - Atendimento a RN: _____

13 - Código na Operadora: **59**

14 - Nome do Contratado: **MARISTELA GOMES GONCALVES**

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 - Caracter. Atendim.: **2**

22 - Data da Solicitação: **26/02/2025**

23 - Indicação Clínica: _____

24 - Tabela: **22**

25 - Código do Procedimento: **40801020**

26 - Descrição: **RX - Crânio - 3 incidências**

27 - Qltd. Solic.: **1**

28 - Qltd. Aut.: _____

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora: _____

30 - Nome do Contratado: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO**

31 - Código CNES: **15563**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento: _____

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada): _____

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 - Qltd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Val. Rec/Acresc	46 - Valor Unitário (RS)	47 - Valor Total (RS)

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

48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Cons 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 (RS): _____

60 - Total Taxas e Aluguéis (RS): _____

61 - Total Materiais (RS): _____

62 - Total de Medicamentos (RS): _____

63 - Total de Gases Médicos (RS): _____

64 - Total Geral (RS): _____

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização: _____

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável: _____

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Davi de Deus Silva Burini
 Nº da Carteira: 2.78.71
 Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 25/10/2012 Nº da Guia: 24668

Data da Ocorrência	26/02/2025
Horário	11:31:00
Local	Ginásio
Atividade	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo: Cabeça

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Descrição

O aluno estava em Ed. Física, quando chocou a cabeça com outros dois colegas. Ele está firme e bem, mas sente dores. Ele tem doze anos.

Testemunha da ocorrência

Professor Felipe

Telefone: (41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Berenice

Data: 26/02/2025

Local de atendimento

Hospital Pequeno Principe - Trauma

Rua Desembargador Motta

Endereço

Nº 107

Bairro: Agua Verde, Curitiba - PR

Telefone: (41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

A mãe foi avisada. O aluno recebeu gelo no local. Esta guia permite a entrada médica no hospital acima citado.

Ass.: 

Coordenador Disciplinar

Ingo Iwankiw

Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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: assistencia medica@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

assistencia medica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1. 1000

2. 1000
3. 1000
4. 1000
5. 1000
6. 1000
7. 1000
8. 1000
9. 1000
10. 1000

11. 1000

12. 1000

13. 1000

14. 1000

15. 1000

16. 1000

17. 1000

18. 1000

19. 1000

20. 1000

21. 1000

22. 1000

23. 1000

24. 1000

25. 1000

1000
1000
1000



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

2 - Nº Guia no Prestador **24368**

1 - Registro ANS **000000** 5 - Número da Guia Principal
 4 - Data de Autorização **03/03/2025** 5 - Sineta **24368** 6 - Data Validada da Sineta **24368** 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora **24368**
 8 - Nome do Beneficiário **3269804** 9 - Validade da Carteira **28/02/2025** 10 - Nome **DEREK SAMUEL HUMBERTO MERCADO** 11 - Cartão Nacional de Saúde **N**
 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 **CARLOS CORREA DA SILVA JUNIOR** 16 - Conselho Profissional **6** 17 - Número no Conselho **49348** 18 - UF **41** 19 - Código CBO **225124** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante
 21 - Caracter Atendimento **2** 22 - Data de Solicitação **18/02/2025** 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 **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 do Acidente ou Doença Relacionada **9** 34 - Tipo de Consulta **1** 35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtdo	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red.Acess	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	18/02/2025	17:16:08	22	41001036	TC - Face ou seios da face	001			1.00	764.17	764.17
2	18/02/2025	17:25:00	22	41001010	TC - Cranio ou sela turca ou orbitas	001			1.00	726.59	726.59

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Seq.Rót. **49** - Grau Par. **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 Séte 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) **1490.76** 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\$) **1490.76**
 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização **67** - Assinatura do Beneficiário ou Responsável **68** - Assinatura do Contratado



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

2 - N° Guia no Prestador 24368

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 24368	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 24368	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 18/02/2025	6 - Senha 24368	11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		10 - Nome DEREK SAMUEL HUMBERTO MERCADO	
5 - Número da Carteira 3269804	9 - Validade da Carteira 28/02/2025		

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	27 - Qt.Solic. 28 - Qt.Autoriz.
13 - Código na Operadora 76591569000130	15 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS CORREA DA SILVA JUNIOR	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 49348
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		18 - UF 41	19 - Código CBO 225124
21 - Caracter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 18/02/2025	23 - Indicação Clínica	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Victor Horta de S. Costa J Infecologia Pediatria CRM-PR16725
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento	26 - Descrição		

Dados do Contratado Executante		31 - Código ONES 15563
29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado CARLOS CORREA DA SILVA JUNIOR	

Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 18/02/2025	37 - Hora Inicial/38 - Hora Final 17:16:08 17:16:08	39 - Tabela 10101039	40 - Procedimento Consulta em pronto socorro
41 - Descrição 001	42 - Cidade 001	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acess	46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)	48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código no operador/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 - Assinatura do Responsável pela Autorização
48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)
50 - Código no operador/CPF	51 - Nome do Profissional	51 - Total Materiais (R\$)
52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	52 - Total de OPMs (R\$)
54 - UF	55 - Código CBO	53 - Total de Medicamentos (R\$)
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - Total de Gases Medicinais (R\$)
1 - / /	3 - / /	55 - Total Geral (R\$)
2 - / /	4 - / /	56 - Assinatura do Contratado
	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\$)
		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
		67 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador **24368**

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 24368	7 - Número da Guia Abuldo pela Operadora 24368	12 - Atendimento a RN N
4 - Data da Autorização 18/02/2025	5 - Senha 24368	11 - Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		10 - Nome DEREK SAMUEL HUMBERTO MERCADO	
8 - Número da Carteira 3269804	9 - Validade da Carteira 28/02/2025		

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	20 - Assinatura do Contratado <i>Dr. Vítor H. de Sá Costa J</i>
13 - Código na Operadora 76591569000130	15 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS CORREA DA SILVA JUNIOR	16 - Conselho Profissional 6	19 - Código CBO 225124
21 - Caracter Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 18/02/2025	17 - Número no Conselho 49348	18 - UF 41
23 - Indicação Clínica		28 - Qi. Solicit. 27 - Qi. Autoriz.	

24 - Tabela 2	25 - Código do Procedimento 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qi. Solicit. 28 - Qi. Autoriz.
-------------------------	--	---	---

Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES 15563
29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado CARLOS CORREA DA SILVA JUNIOR	

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 18/02/2025	37 - Hora Inicial 3h-Hora Final 17:16:08 22	38 - Tabela 10101039	39 - Descrição Consulta em pronto socorro
40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição Consulta em pronto socorro	42 - Qlde 001	43 - Via 001	44 - Tec 001	45 - Fator Red./Acess 001
46 - Valor Unitário (R\$) 001	47 - Valor Total (R\$)	48 - Seq.Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		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 / Inativação		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\$)
56 - Assinatura do Responsável pela Autorização		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Derek Samuel Humberto Mercado Hernández
Nº da Carteira: 3.26.9804
Instituição: Colégio Adventista Portão

Data de Nascimento: 10/11/2021 Nº da Guia: 24368

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/02/2025	16:46:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu
Queda de mesmo nível
Partes do corpo: Rosto

Descrição
Aluno estava correndo durante a atividade de educação física e caiu batendo o rosto no chão. Sangrou no primeiro momento e estancou e dps em sala de aula novamente durante a aula.

Testemunha da ocorrência
Professor Mathews
Telefone: (41) 3028-5430

Quem prestou primeiros socorros
Professor Fabio
Data: 18/02/2025

Local de atendimento
Endereço: Rua Desembargador Motta
Nº: 107
Bairro: Agua Verde, Curitiba - PR
Telefone: (41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações
O aluno foi atendido pelo professor de Educação Física e encaminhado ao hospital de referência. Comunicado aos pais.

76.726.884/0016-04
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA
DE EDUCAÇÃO
RUA FRIE CASPAR DA MADRE DE DEUS N.º 707
PORTÃO - CEP 81070-090
CURITIBA - PR

Ass.:
Jamilly Souza

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.nab.org.br/ama/assistencia medica@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
assistencia medica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Section 1: Introduction
This document provides a comprehensive overview of the project's objectives and scope. It details the key components and the methodology used to achieve the desired outcomes. The project is designed to address the current challenges and provide a sustainable solution for the future.

Section 2: Methodology
The methodology employed in this project is a multi-phase approach. It begins with a thorough analysis of the existing conditions, followed by the development of a detailed plan. The implementation phase involves the execution of the plan, with continuous monitoring and evaluation to ensure the project remains on track and achieves its goals.

Section 3: Results and Discussion
The results of the project have been analyzed and discussed in detail. The data indicates that the project has successfully met its objectives and has provided a significant impact on the community. The findings suggest that the methodology used is effective and can be applied to other similar projects.

Section 4: Conclusion and Recommendations
In conclusion, the project has been a success and has provided valuable insights into the challenges and solutions. The recommendations include the need for continued support and resources to ensure the long-term sustainability of the project. It is also suggested that the project be expanded to reach a wider audience.

Section 5: Appendix
This section contains additional information and data related to the project. It includes a list of references, a glossary of terms, and a detailed list of the project's activities and milestones. This information is provided for the reader's reference and to provide a more complete understanding of the project.

Section 6: Acknowledgments
The authors would like to thank the following individuals and organizations for their support and contribution to the project. Their assistance and expertise were invaluable in the successful completion of this project. We are grateful for their dedication and hard work.



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

2 - Nº Guia no Prestador 13712371

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RR N
4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	10 - Nome HEITOR STRAUBE MANHOLER	
8 - Número da Carteira 24597	9 - Validade da Carteira 01/03/2025	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 23173	19 - Código CBO 41
13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	18 - UF 41	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - OI Sobr. 28 - OI Autoriz.
15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE MARCELO OKURA	21 - Caracter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 24/02/2025	23 - Indicação Clínica	31 - Código CNES 15563
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada 9	42 - Cidc 001	43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red./Acresc 1.00	46 - Valor Unitário (R\$) 79.87
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 1 24/02/2025	37 - Hora Inicial/30-Hora Final 21:08:00 21:08:00	38 - Tabela 22	39 - Descrição RX - Puntivo	47 - Valor Total (R\$) 79.87
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 - Data de Realização de Procedimentos em Série				
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /
6 - / /	7 - / /	8 - / /	9 - / /	10 - / /
58 - Observações / Assinatura				
59 - Total Procedimentos (R\$) 79.87	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
56 - Assinatura do Responsável pela Autorização				64 - Total Geral (R\$) 79.87
57 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento				

1 - Registro ANS 4588844
000000

4 - Data da Autorização

5 - Sentença

8 - Número da Carteira 24597

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

6 - Data Válidade da Sentença

9 - Validade da Carteira 01/03/2025

10 - Nome HEITOR STRAUBE MANHOLER

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV N

21 - Caráter Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 24/02/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - CI.Solic.

28 - QI.Autoriz.

29 - Código na Operadora 76591569000130

30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

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 1

37 - Hora Inicial:3h-Hora Final 21:08:00

38 - Observações / Justificativa

39 - Total Procedimentos (R\$) 79.87

40 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 67.02

41 - Descrição RX - Punho

42 - Qtd 001

43 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00

44 - Tec 1.00

45 - Fator Red./Acesso

46 - Valor Unitário (R\$) 79.87

47 - Valor Total (R\$) 79.87

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 do 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 Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

246 - Assinatura do Contratado

247 - Assinatura do Contratado

248 - Assinatura do Contratado

249 - Assinatura do Contratado

250 - Assinatura do Contratado

251 - Assinatura do Contratado

252 - Assinatura do Contratado

253 - Assinatura do Contratado

254 - Assinatura do Contratado

255 - Assinatura do Contratado

256 - Assinatura do Contratado

257 - Assinatura do Contratado

258 - Assinatura do Contratado

259 - Assinatura do Contratado

260 - Assinatura do Contratado

261 - Assinatura do Contratado

262 - Assinatura do Contratado

263 - Assinatura do Contratado

264 - Assinatura do Contratado

265 - Assinatura do Contratado

266 - Assinatura do Contratado

267 - Assinatura do Contratado

268 - Assinatura do Contratado

269 - Assinatura do Contratado

270 - Assinatura do Contratado

271 - Assinatura do Contratado

272 - Assinatura do Contratado

273 - Assinatura do Contratado

274 - Assinatura do Contratado

275 - Assinatura do Contratado

276 - Assinatura do Contratado

277 - Assinatura do Contratado

278 - Assinatura do Contratado

279 - Assinatura do Contratado

280 - Assinatura do Contratado

281 - Assinatura do Contratado

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

2. Nº SETOR EMERGÊNCIA/CONVÊNÍOS

1 - Registro ANS _____ 3 - Número da Guia Principal _____

4 - Data de Autorização _____ f-Senha _____

5 - Número da Carteira _____ 6 - Validade da Carteira _____ 8 - Data de Validade da Senha _____

10 - Nome _____ 11 - Cartão Nacional de Saúde _____

12 - Atendimento a RI _____

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 - Cidade do Atendimento _____ 22 - Data de Solicitação _____ 23 - Indicação Clínica _____

24 - Análise _____ 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial _____ 26 - Descrição _____

27 - Data, Solic. _____ 28 - Data, Aut. _____

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

31 - Código CNEC _____

32 - Tipo de Atendimento _____ 33 - Indicação de Atividade (cedente ou doença relacionada) _____ 34 - Tipo de Consulta _____ 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento _____

36 - Data _____ 37 - Hora Inicial _____ 38 - Hora Final _____ 39 - Tabela de Código do Procedimento _____ 40 - Descrição _____ 41 - Descrição _____ 42 - Qtd. _____ 43 - V/U _____ 44 - Rec. _____ 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 Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____

58 - Observações / Justificativas _____

59 - Total de Procedimentos (R\$) _____ 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) _____ 61 - Total de Materiais (R\$) _____ 62 - Total de OJME (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 _____

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

2 - Nº Guia no Prestador **13681962**

1 - Registro ANS **000000** 3 - Número da Guia Principal **13681961** 7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira **01/03/2025** 10 - Nome **HEITOR STRAUBE MANHOLER** 11 - Cessão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN **N**

13 - Código na Operadora **24597** 14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante **ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO**

16 - Conselho Profissional **6** 17 - Número no Conselho **23173** 18 - UF **41** 19 - Código CBO **225270** 20 - Assinatura Profissional Solicitante

21 - Caracter Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **24/02/2025** 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 **ANDRE MARCELO OKURA**

Dados do Atendimento

31 - Tipo Atendimento **04** 32 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) **9** 33 - Tipo de Consulta **1** 34 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

35 - Data **24/02/2025** 36 - Hora Inicial **20:35:30** 37 - Hora Final **20:35:30** 38 - Tabela **10101039** 39 - Descrição **Consulta em pronto socorro**

40 - Valor Unitário (R\$) 41 - Valor Total (R\$) 42 - Tec 43 - Via 44 - Tec 45 - Fator Red/Across 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

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

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

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

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

JULIANA, Data/Hora: **25/02/2025 01:31:51** Conta/Lote: **2528911** Atendimento: **4588844** Convênio: **CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA** 2528911

1 / 1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Héitor Straube Manholer
 Nº da Carteira: 2.78.1199
 Instituição: Colégio Adventista Pinhais

Data de Nascimento: 29/09/2011

Nº da Guia: 24597



Data da Ocorrência: 24/02/2025
 Horário: 17:50:00
 Local: Quadra

Atividade: Aula de educação física

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

Partes do corpo: Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda

Descrição:

Aluno estava em aula de educação física jogando handebol com houve o choque com outro colega e acabaram caindo um sobre o outro, que caiu sobre a própria mão.

Testemunha da ocorrência:

Telefone: (41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros:

Data: 24/02/2025

Aux. Caio

Local de atendimento:

Hospital Pequeno Príncipe - Trauma
 Rua Desembargador Motta

Observações:

Aluno foi atendido na coordenação disciplinar e aplicado gelo no local afetado.

Ass.:

Aline Almeida Bittencourt

Ingo Iwankiw
 Coordenador Disciplinar

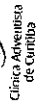
Aline Almeida Bittencourt Matte Gonçalves

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/ema> (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: Aline Almeida Bittencourt
 Matte Gonçalves





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

2 - Nº Guia no Prestador **24387**

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 24387	6 - Data Validado da Serinha 24387	7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora 24387	12 - Atendimento e RN N										
4 - Data da Autorização 25/02/2025	5 - Serinha 24387	8 - Número da Guia 24387	9 - Validade da Carteira 31/12/2025	11 - Contato Nacional de Saúde KARINA DOS REIS DE OLIVEIRA										
Dados do Beneficiário B - Número da Carteira 24387	10 - Nome KARINA DOS REIS DE OLIVEIRA	13 - Código na Operadora 76591569000130	14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	19 - Código CBO 225124										
Dados do Solicitante 15 - Nome do Profissional Solicitante HELENA GRUHL	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 10443	18 - UF 41	20 - Assinatura do Profissional Solicitante										
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Caracter. Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 19/02/2025	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento	26 - Descrição										
27 - CI Solic. 28 - OLAtivis.	29 - Código na Operadora 76591569000130	30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO	31 - Código CNES 15563											
Dados do Atendimento 04	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										
1	19/02/2025	13:30:44	13:30:44	22	41001125	41 - Descrição TC - Coluna cervical ou dorsal ou lombo-sacra (ale 3 segmentos)	42 - Qtd 001	43 - Via 001	44 - Tec 1,00	45 - Fator Red./Acesso 1,00	46 - Valor Unitário (R\$) 613,95	47 - Valor Total (R\$) 726,59		
2	19/02/2025	13:41:00	13:41:00	22	41001010	TC - Cranio ou sela turca ou orbitas					613,95	726,59		
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)														
48 - Seq.Ref.	49 - Grau Prof.	50 - Código na operador/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO							
56 - Data de Realização do Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável														
1	/	/	/	3	/	/	/	5	/	/	/	9	/	/
2	/	/	/	4	/	/	/	6	/	/	/	10	/	/
58 - Observações (Justificativa)														
59 - Total Procedimentos (R\$) 1340,54														
60 - Assinatura do Responsável pela Autorização														
61 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00														
62 - Total de OPME (R\$) 0,00														
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00														
64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0,00														
65 - Total Geral (R\$) 1340,54														
66 - Assinatura do Contratado														

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

2 - N° Guia no Prestador **24662**

1 - Registro ANS **000000** 5 - Número da Guia Principal **24662** 6 - Data Validade da Sanha **24387** 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora **24662** 12 - Atendimento a RN **N**

4 - Data da Autorização **19/02/2025** 5 - Senha **24387** 9 - Validade da Carteira **31/12/2025** 10 - Nome **KARINA DOS REIS DE OLIVEIRA** 11 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira **24387** 14 - Nome do Contratado **ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO** 16 - Conselho Profissional **6** 17 - Número no Conselho **10443** 18 - UF **41** 19 - Código CBO **225124** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante **Dr. Raul Carneiro**

Dados do Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante **HELENA GRUHL** 21 - Caracter. Atendim. **2** 22 - Data da Solicitação **19/02/2025** 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela **25 - Código do Procedimento** 26 - Descrição

27 - QI.Solic. **001117443** 28 - QI.Autoriz. **001**

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora **59** 30 - Nome do Contratado **HELENA GRUHL** 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
1	19/02/2025	13:30:44	22	10101039	Consulta em pronto socorro

42 - Qide **001** 43-Vib **001** 44-Teo **001** 45- Fator Real/Acesso **001** 46-Valor Unitário (R\$) **001** 47-Valor Total (R\$) **001**

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

48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operador/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 Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

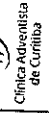
68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador **24662**

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 24662	6 - Data Validade da Semha 24387	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 24662	11 - Código Nacional de Saúde N
4 - Data da Autorização 19/02/2025	5 - Semha 24387	9 - Validade da Carteira 31/12/2025	10 - Nome KARINA DOS REIS DE OLIVEIRA	12 - Atendimento a RR N
Dados do Beneficiário		14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		
8 - Número da Carteira 24387	13 - Código na Operadora 76591569000130	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 10443	18 - UF 41
15 - Nome do Profissional Solicitante HELENA GRUHL		19 - Conselho Profissional 6	20 - Assinatura do Profissional Solicitante HELENA GRUHL	21 - Assinatura do Profissional Solicitante Pediatra
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		27 - QI.Solic. 28 - QI.Autoriz.		
21 - Caráter Atendim. 2	22 - Data da Solicitação 19/02/2025	23 - Indicação Clínica 9	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento	26 - Descrição HELENA GRUHL
Dados do Contratado / Executante		31 - Tipo de Consulta 1		
29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado HELENA GRUHL	32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada 9	34 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
36 - Data 19/02/2025	37 - Hora Inicial 13:30:44	38 - Hora Final 13:30:44	39 - Tabela 10101039	40 - Procedimento Consulta em pronto socorro
41 - Descrição Consulta em pronto socorro		42 - Qide 001	43 - Via 001	44 - Tec 001
45 - Fator Red./Acess. 001		46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)	48 - Seq.Ref.
49 - Grau Part.		50 - Código na operador/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho		54 - UF	55 - Código CBO	56 - Código CNES 15563
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
58 - Assinatura do Contratado				
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 da Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



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

2 - Nº Guia no Prostador **24662**

1 - Registro ANS: **000000**
 4 - Data de Autorização: **19/02/2025**
 5 - Senha: **24387**
 6 - Data Validade da Senha: **24387**
 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: **24662**
 8 - Número da Central: **24387**
 9 - Validade da Carteira: **31/12/2025**
 10 - Nome: **KARINA DOS REIS DE OLIVEIRA**
 11 - Cartão Nacional de Saúde: **N**

Dados do Solicitante: **76591569000130**
 13 - Código na Operadora: **HELENA GRUHL**
 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

21 - Caráter Atendim.: **2**
 22 - Data da Solicitação: **19/02/2025**
 23 - Indicação Clínica
 24 - Tabela: **26**
 25 - Código do Procedimento: **26**
 26 - Descrição
 27 - Ql.Solic.: **28 - Ql.Autoriz.:**

Dados do Contratado Executante
 29 - Código na Operadora: **76591569000130**
 30 - Nome do Contratado: **ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO**
 31 - Código ONES: **15563**
 32 - Tipo Atendimento: **04**
 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)
 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-Qlde	43-Via	44-Tec	45-Fator Red./Aresc	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1 19/02/2025	13:41:00	13:41:00	22	41001010	TC - Cranio ou sela turca ou orbitas	001			1,00	726.59	726.59
2 19/02/2025	13:41:00	13:41:00	22	41001125	TC - Columna cervical ou dorsal ou lombo-sacra (ate 3 segmentos)	001			1,00	0.00	0.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Suel.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\$): **726.59**
 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$): **67.02**
 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\$): **793.61**
 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização: *Helena dos Reis*
 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

2 - Nº Guia no Prestador **24673**



1 - Registro ANS: 0

2 - Número da Guia Principal

3 - Data de Autorização

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Dia Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome: **KARINA DOS REIS DE OLIVEIRA**

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Alteramento a RN: N

13 - Código na Operadora: 59

14 - Nome do Contratado: **HELENA GRUHL**

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

21 - Caráter Atendim: 2

22 - Data da Solicitação: 19/02/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela: 25 - Código do Procedimento: 41001010

26 - Descrição: 27 - Qtde. Solic. 28 - Qtde. Aut. 29 - Cidade, Aut.

27 - Cidade, Solic. 28 - Qtde. Aut.

29 - Cidade, Aut.

30 - Nome do Contratado: **ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO**

31 - Código CNES: 15563

32 - Tipo Atendimento: 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada)

34 - Tipo de Consulta: 35 - Motivo de Exporamento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cidade

43 - Via

44 - Tec.

45 - Pat. Red/Acess

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 - Cons Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
1								
2								
3								
4								
5								

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 Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Karina dos Reis de Oliveira
Nº da Carteirinha: 2.33.7570
Instituição: Colégio Adventista São José dos Pinhais



Data de Nascimento: 19/01/2009 **Nº da Guia:** 24387

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/02/2025	10:25:00	AUDITORIO	Aula de outras matérias

O que aconteceu

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

Partes do corpo

Pescoço

Descrição

a ALUNA ESTAVA NO AUDITORIO QUANDO AO SENTAR UM COLEGA TIROU A CADEIRA VINDO COM QUE A ALUNA BATESSE A CABEÇA

Testemunha da ocorrência

Professor AndersonS

Telefone

(41) 3051-8700

Quem prestou primeiros socorros

DanielE

Data

19/02/2025

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

Observações

Na sala de apoio foi feita compressa de gelo a mãe seria avjsada.

Ass.:

Daniele Novaes Torino

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

Karina dos Reis de Oliveira
(assinatura)

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

2 - Nº Guia no Prestador 13700109

1 - Registro ANS 000000
2 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
5 - Sessão

8 - Número da Carteira 098201001958

13 - Código na Operadora 76591569000130

15 - Nome do Profissional Solicitante EDNALDO MARTINS DOS SANTOS

21 - Carteira Atividade 2
22 - Data da Solicitação 21/02/2025

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

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

32 - Tipo Atendimento 04
33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada 9

38 - Data 1 21/02/2025
37 - Hora Início 15:22:45
39 - Hora Final 15:22:45
40 - Procedimento 22
41 - Descrição RX - Pe ou pododactilo

42 - Cite 001
43 - Via
44 - Tec
45 - Fator Red.Acesso 1,00
46 - Valor Unitário (R\$) 73,22
47 - Valor Total (R\$) 73,22

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 - Questões e Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 73,22
60 - Total Trous e Aluguis (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\$) 73,22

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AMANDA KUBIS Data/Hora: 05/03/2025 08:34:41
Contat./Cite: 2527644
Atendimento: 4586760
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



1 - Registro ANS 000000
 9 - Número da Guia Principal 13677004

4 - Data de Autorização
 5 - Semana
 6 - Data Validade da Semana
 7 - Número da Guia Atribuído para Operadora

8 - Número da Carteira 0982201001958
 9 - Validade da Carteira 22/02/2025
 10 - Nome SOPHIA MAITTO FERREIRA
 11 - Cartão Nacional de Saúde
 12 - Atendimento a FN N

Dados do Solicitante
 13 - Código na Operadora 765991569000130
 14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante MARIANA DEMETRIO DE SOUSA PONTES
 16 - Conselho Profissional 6
 17 - Número no Conselho 44271
 18 - UF 41
 19 - Código CBO 225270
 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
 21 - Caráter Atendimento 2
 22 - Data da Solicitação 21/02/2025
 23 - Indicação Clínica
 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 28 - Descrição 27 - QLSolic 28 - QLAutoriz.

Dados do Contratado Executante
 29 - Código na Operadora 59
 30 - Nome do Contratado MARIANA DEMETRIO DE SOUSA PONTES
 31 - Código CNES 15563

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
 36 - Data 1 21/02/2025
 37 - Hora Inicial 15:22:45
 38 - Hora Final 15:22:45
 39 - Tabela 22
 40 - Procedimento 10101039
 41 - Descrição Consulta em pronto socorro
 42 - Qlde 001
 43 - Via
 44 - Tec
 45 - Fator Real/Adress
 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
 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 Material (R\$)
 62 - Total de CPME (R\$)
 63 - Total de Medicamentos (R\$)
 64 - Total de Gases Médicinas (R\$)
 65 - Total Geral (R\$)
 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
 68 - Assinatura do Contratado

FRANCIELLI Date/Hora: 21/02/2025 15:23:54 Contato: 2527644 Atendimento: 4586760 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Despesas Médicas
Hospitalares e Odontológicas

CENTAURO-ON
Seguros para viver

CENTAURO & OHIO NATIONAL COMPANY

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES PESSOAIS PARA SEGURO ESCOLAR

ESTIPULANTE (NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO)

Associação Educadora e Beneficente

APÓLICE Nº

0982.01.001.958

NOME COMPLETO DO (A) SEGURADO (A)

Sophia maritza Ferreira

CPF

E-MAIL

TELEFONE PARA CONTATO

ENDEREÇO (AV/RUA)

Av. Cel. Francisco B. dos Santos

Nº

518

COMPLEMENTO

BAIRRO

Pa. das Américas

CIDADE

Ita

CEP

81530-000

UF

PR

DATA DA OCORRÊNCIA:

20 / 02 / 2025

HORÁRIO DO ACIDENTE:

16 : 20

LOCAL ONDE OCORREU:

- Colégio
 Fora do colégio**
Indicar local

NATUREZA DO ACIDENTE:

- Acidente de bicicleta
 Atropelamento
 Briga
 Choque com dispositivo fixo
 Choque com terceira pessoa
 Corte com instrumento ou objeto
 Corpo estranho
 Queimadura
 Queda
 Torção
 Trauma
 Trauma com bola
 Outros

Citar quais:

ATIVIDADE DURANTE O ACIDENTE:

- Aula de dança/ballet
 Atletismo
 Casa
 Cama elástica
 Deslocamento no interior do colégio
 Deslocamento em via pública
 Educação física
 Ginástica olímpica
 Jogo de basquete
 Jogo de futebol
 Jogo de handebol
 Jogo de voley
 Judô/karatê
 Natação
 Recreio
 Sala de aula
 Outros

Citar quais:

parque

**OBSERVAÇÃO: A cobertura para acidentes fora do colégio somente é válida para os seguros contratados com tal abrangência.

DESCREVA, COM LETRA LEGÍVEL, COMO OCORREU O ACIDENTE, O LOCAL, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:

PESSOAS QUE PRESENCIARAM O ACIDENTE (NOMES E ENDEREÇOS):

QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS (NOME E DATA):

DATA EM QUE PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA:

NOME DO MÉDICO E HOSPITAL ONDE FOI ATENDIDO O ACIDENTADO:

HOUE INTERVENÇÃO DE ALGUMA AUTORIDADE NO ATUAL ACIDENTE? QUAL?

CASO MANTENHA OUTROS SEGUROS CONTRA ACIDENTES PESSOAIS, INDICAR AS SEGURADORAS:

O ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO EXATAS EM TODOS OS SEUS TERMOS.

Janete Sandra Alecio
Diretora
RG: 6635530-6 - SSP/PR
ATO 04/2024

LOCAL E DATA

NOME E ASSINATURA DO SEGURADO

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

FAVOR ESCREVER COM LETRA LEGÍVEL.

NOME COMPLETO DO (A) SEGURADO (A)

DATA DA OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

CITAR OS CÓDIGOS DA AMB 92 USADOS NO TRATAMENTO:

DESCRIÇÃO BREVE DO RELATO DO PACIENTE, DO DIAGNÓSTICO E DA CONDUTA ADOTADA:
(Importante: quando usar termos técnicos no diagnóstico, colocar entre parênteses a expressão corrente do seu significado e ao descrever lesões, citar o tipo, o local e as dimensões das mesmas, para dar noção de sua gravidade)

Trauma torcional no **(D)**.

AS LESÕES EXISTENTES SÃO DIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

Sim Não

EM CASO NEGATIVO, QUAL A CAUSA?

AS LESÕES EXISTENTES SÃO INDIRETAMENTE CONSEQUENTES DE CAUSA TRAUMÁTICA?

Sim Não

EM CASO POSITIVO, QUAL A CAUSA?

CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE:

Nenhuma Invalidez permanente parcial Incapacitação temporária Invalidez permanente total Morte

QUAL O TEMPO APROXIMADO NECESSÁRIO PARA O TRATAMENTO COMPLETO?

30 dias

QUAL O TEMPO QUE O SEGURADO NECESSITA PARA VOLTAR A EXERCER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS?

30 dias - Atividades físicas.

HOUE AGRAVAÇÃO DAS LESÕES POR FALTA DE CUIDADOS MÉDICOS IMEDIATOS?

nao.

OBSERVAÇÕES:

NOME DO MÉDICO

MARIANA DEMETRIO

CRM

44271.

ENDEREÇO CONSULTÓRIO

TELEFONE

ENDEREÇO RESIDENCIAL

TELEFONE

Curitiba, 28/02/25

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Prof. Dra. Mariana Demétrio
Ortopedista
RUE...

1 - Registro ANS 000000

2 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 25/02/2025

5 - Série 24333

6 - Data Válida da Série

7 - Número da Guia Autorizada pelo Operador 24333

8 - Nome do Beneficiário

9 - Número da Carteira 2791042

10 - Validado da Carteira

11 - Nome THEO EDUARDO MACEDO DA SILVA

12 - Cartão Nacional de Saúde

13 - Atendimento a RIN N

14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante CARLOS CORREA DA SILVA JUNIOR

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 49348

18 - UF 41

19 - Código CBO 225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Card de Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 18/02/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - QI.Solic.

28 - QI.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)

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 - Vta	44 - Tar	45 - Valor Real/Acesso	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	18/02/2025	17:51:00	22	41001010	TC - Crânio ou sela túrcica ou órbitas	001		1.00		726.59	726.59

Identificação do(a) Profissional(s) Execitante(s)

48 - Sigla/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 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 726.59

60 - Total Taxas e Ausúlios (R\$) 0.00

61 - Total Kalendaris (R\$) 0.00

62 - Total de CPME (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00

64 - Total de Gastos Médicatos (R\$) 0.00

65 - Total Geral (R\$) 726.59

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AMANDA KUBIS Data/Hora: 25/02/2025 15:28:51

Conta/Lote: 2526266

Atendimento: 4583729

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2526266

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

2 - Nº Guia no Prestador 24333

1 - Registro ANS 000000
 2 - Número da Guia Principal 24333
 3 - Data de Autorização 18/02/2025
 4 - Sanha 24333
 5 - Data Validade da Sanha
 6 - Número da Guia Autorizado pela Operadora 24333

7 - Nome do Beneficiário THEO EDUARDO MACEDO DA SILVA
 8 - Número da Carteira 2791042
 9 - Validade da Carteira 28/02/2025
 10 - Nome do Profissional THEO EDUARDO MACEDO DA SILVA
 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 CARLOS CORREA DA SILVA JUNIOR
 16 - Conselho Profissional 6
 17 - Número no Conselho 49348
 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 18/02/2025
 23 - Indicação Clínica
 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
 27 - QLSite 28 - QLSite

Dados de Contratação Executante
 29 - Código na Operadora 59
 30 - Nome do Contratado CARLOS CORREA DA SILVA JUNIOR
 31 - Código CNES 15563

Dados de Atendimento
 32 - Tipo Atendimento 04
 33 - Indicação de Aderência (Adesão ou Divergência Relacionada) 9
 34 - Tipo de Consulta 1
 35 - Motivo do Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
 36 - Data 18/02/2025
 37 - Hora Inicial 17:40:22
 38 - Hora Final 17:40:22
 39 - Tabela 22
 40 - Procedimento 10101039
 41 - Descrição Consulta em pronto socorro
 42 - Qlde 001
 43 - Via
 44 - Tec
 45 - Fator Red/Acesso
 46 - Valor Unidade (R\$)
 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Seq. Prof. 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 do Procedimentos em Sítio

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 Adiquis (R\$)
 61 - Total Materiais (R\$)
 62 - Total de OPRM (R\$)
 63 - Total de Medicamentos (R\$)
 64 - Total de Casos Medicinais (R\$)
 65 - Total Geral (R\$)
 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Dr. Victor Horácio de S. Costa
 Medicina Geral
 CRM-PR-10725



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

2 - Nº Guia no Prestador 24333

1 - Registro ANS	000000	3 - Número da Guia Principal	24333
4 - Data de Autorização	18/02/2025	5 - Série	24333
Dados do Beneficiário		6 - Data Validada da Série	24333
8 - Número da Carteira	2791042	9 - Validade da Carteira	28/02/2025
Dados do Solicitante		10 - Nome	THEO EDUARDO MACEDO DA SILVA
13 - Código na Operadora	76591569000130	14 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante	CARLOS CORREA DA SILVA JUNIOR		
16 - Conselho Profissional	6	17 - Número no Conselho	49348
18 - UF	41	19 - Código CBO	225124
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	<i>Carlos Correa da Silva Junior</i>		

21 - Caracter Atendimento	2	22 - Data da Solicitação	18/02/2025	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição	27 - QLSA	28 - QLAutoriz.	

Dados do Contrato Executante					
29 - Código na Operadora	59	30 - Nome do Contratado	CARLOS CORREA DA SILVA JUNIOR		
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento	04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)	34 - Tipo de Consulta	1	35 - Motivo da Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição
1 18/02/2025	17:40:22	17:40:22	22	10101039	Consulta em pronto socorro
			42 - Qlde	43 - Via	44 - Tec
			001		45 - Fator Red./Acessos
					46 - Valor Unitário (R\$)
					47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq. Patel.	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	/	/
2	/	/		/	/		/	/		/	/
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 do Orç. (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gasas Medicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
							<i>Flávia Carolina Oliveira Mendes</i>				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							68 - Assinatura do Contratado				

Dr. Victor Henrique de S. Costa
 Medicina da Pediatria
 CRM-PR 15725



2526266



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

2 - Nº Guia no Prestador: 24640

1 - Registro ANS 0
5 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
6 - Data Validade da Sentia
7 - Número da Guia Atribuído para Operadora

8 - Nome da Carteira 2791042
9 - Validade da Carteira
10 - Nome THEO EDUARDO MACEDO DA SILVA
11 - Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a IN N

Dados do Beneficiário
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

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
21 - Carder Atendimento
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
27 - Qtd. Solic.
28 - Qtd. Atend.

Dados do Contratado, Executor e Operadora
29 - Código na Operadora
30 - Nome do Contratado
31 - Código GNES
32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada)
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 - Val. Red/Acesso
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 - Cons. 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 Casos Médicos (R\$)
65 - Total Geral (R\$)

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

Ingresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 18/02/2025 17:52:05

Atendimento: 4583729

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4583729

Dr. Carlos Corrêa da Silva Jr.
Médico Pediatra
CRM-PR 49348
RQE 30633

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Theo Eduardo Macedo da Silva
Nº da Carteira: 2.79.1042
Instituição: Colégio Adventista Afonso Pena



Data de Nascimento: 16/10/2015 Nº da Guia: 24333

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
18/02/2025	10:30:00	Escada	Intervalo (Ex.: recreio)

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

Descrição

O aluno estava voltando do intervalo em direção para a sala de aula quando escorregou e bateu o rosto no corrimão.

Testemunha da ocorrência

Nome	Telefone
Colegas	(41) 3084-9494

Quem prestou primeiros socorros

Nome	Data
Joana	18/02/2025

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

Observações

O aluno foi atendido corretamente, colocamos gelo no local da batida, o aluno não está sentindo dor mas está com a pálpebra inferior roxa, encaminhamos o aluno para o hospital de referência XV. Conseguimos contato com a mãe e a mesma já está ciente do ocorrido.

Ass.:

Joana de Souza Caetano

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: <http://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

