

Convênio : ADVENTISTA

Contas do lote : 6022881 - ADVENTISTA SADI MAIO HOSPITAL WIN Data : 16/05/2024

Conta para o crédito : Agência : Conta :

Previsão do crédito : 16/05/2024

Conta	Data	Guia	Matricula	Paciente	Médico	Total	Total	Cred.	Desconto
1402326-24	07/05/2024	16:34	17525						
			2214141	GABRIEL NOGUEIRA DA SIL.	MATHEUS PISA FR	31,53		0,00	0,00
1403180-24	14/05/2024	12:38	1096339-24	NICOLAS ADRIANO DE SANTI	GUSTAVO SANTOS	235,59		0,00	0,00
			123						
1404831-24	24/05/2024	10:36	1098339-24	JOAO LUCAS FERREIRA NAS	ALI M. EL KALBI	217,81		0,00	0,00
			2.21.4202						

Total de registros: 3 544,93 0,00 0,00

Total lote com desconto: 544,93
Total lote sem desconto: 544,93



MANOEL CORREIA
PARANAQUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 1402526-24

Atend. 00000000-00 Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal 17525	4 - Data da Autorização 07/05/2024	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora 00000000000000000000
------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-----------	-------------------------------	--

8 - Número da Carteira 2214141	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo GABRIEL NOGUEIRA DA SILVA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------------------	--------------------------	---	---	----------------------------

Dados do Solicitante	13 - Código na Operadora 76019231000109	14 - Nome do Contratado CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA
----------------------	--	--

15 - Nome do Profissional Solicitante MATHEUS PISA FREITAS	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 48280	18 - UF PR	19 - Código CBO S 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	21 - Caráter do atendimento IUI	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	27 - Qtd. Solicit. 1	28 - Qtd. Aut. 1
---	------------------------------------	--------------------------	------------------------	-------------------------	---------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item assistencial 22 10101039	26 - Descrição EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtd. Solicit. 1	28 - Qtd. Aut. 1
---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora 76019231000109	30 - Nome do Contratado CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA	31 - Código CNES 3560430
--------------------------------	--	--	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo de Atendimento IUI	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) I2I	34 - Tipo de Consulta 2	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento I5I
----------------------	---------------------------------	--	----------------------------	---

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 07/05/2024	37 - Hora inicial 16:34	38 - Hora final 16:35	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 10101039	41 - Descrição EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd. 1	43 - Via 1	44 - Tec. C	45 - Fator Red/Acrésc. 1,00	46 - Valor unitário (R\$) 78,00	47 - Valor Total (R\$) 78,00
---	-------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------	---	-------------------------------------	----------------	---------------	----------------	--------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Seq. Ref 2	49 - Grau Part. 12	50 - Código da Operadora/CPF 1033568965	51 - Nome do Profissional MATHEUS PISA FREITAS	52 - Conselho Profissional CRM	53 - Número do Conselho 48280	54 - UF PR	55 - Código CBO
--	--------------------	-----------------------	--	---	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
--	--	---------------------------------

59 - Total do Procedimento (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 6,05	61 - Total de Materiais (R\$) 7,48	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 91,53
----------------------------------	--	---------------------------------------	--------------------------	--	--	---------------------------------

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



MANOEL CORREIA
PARANAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Atend. 1095132-24
Pág.: 1 de 1

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora
76019231000109

4 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO

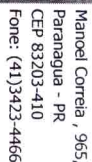
5 - Código CNES
3560430

Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamento 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis

6 - CD	7 - Data	8 - Hora Inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acresc.	15 - Valor unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)
17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante									
1- 4	07/05/2024				18	4010010		1,00	0,00	6,05
2- 3	07/05/2024							1,00	0,00	6,86
20 - Descrição TAXA PARA CURATIVOS PEQUENOS										
					05	70175985				
3- 3	07/05/2024							10,00	0,00	0,62
GAZE ESTÉRIL 13 FIOS 10 CM X 10 CM - PCT 10 UN - PC										
					05	0000019651				

MICROPORE FITA MICROPOROSA BRANCA 10 CM X 10 M

21 - Total de Gases Medicinais R\$	22 - Total de Medicamentos R\$	23 - Total de Materiais R\$	24 - Total de OPME R\$	25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$	26 - Total de Diárias R\$	27 - Total Geral R\$
0,00	0,00	7,48	0,00	6,05	0,00	13,53



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

2 - N° Guia no prestador

000000000000000017525

Atend. 1095132-24

Pàg.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2214141

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
76.019.231/0001-09

14 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO

15 - Nome do Profissional Solicitante
MATHEUS PISA FREITAS

21 - Caráter do atendimento **121**

22 - Data da Solicitação **07/05/2024 16:34:48**

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
ou item assistencial
22 10101039 EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtde.	28 - Qtde.
Solict.	Aut.
1	

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76.019.231/0001-09

30 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

31 - Código CNES
3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento 121

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
07/05/2024	16:34	22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	

42 - Qtd:	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acréc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	1			78,00	78,00

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

48 - Seq.Ref 49 - Grau Part. 50 - Código da Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional 53 - Número do Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

A 10x10 grid of squares. The top row and the first column are highlighted in black. The remaining 9x9 area is white.

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

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

58 - Observação / Justificativa59 - Total do Procedimento (R\$, _____);60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) _____61 - Total de Materiais (R\$)62 - Total de OPME (R\$);63 - Total de Medicamentos (R\$): _____64 - Total de Gases Medicinais (R\$), _____, _____65 - Total Geral (R\$)66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Nogueira da Silva
Nº da Carteirinha: 2.21.4141
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 23/11/2016

Nº da Guia: 17525

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/05/2024	16:13:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Durante a atividade física um coleguinha bateu com a mão no olho dele.

Partes do corpo

Olho Esquerdo

Descrição

Durante a atividade física um colega bateu com mão no olho do aluno. ele foi atendido e encaminhado para avaliação médica.

Testemunha da ocorrência

Professora Juciane

Telefone

(41) 98412-5119

Quem prestou primeiros socorros

Sandra Pedrozo Pinheiro

Data

07/05/2024

Local de atendimento

Clínica Médica São Paulo

Endereço

Rua Manoel Corrêa

Nº

965

Bairro

Palmital

Telefone

(41) 3423-4466

Observações

O aluno foi atendido e encaminhado para avaliação médica.

Ass.:

Vanderlei Pinheiro

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

[illegible]



MANOEL CORREIA
PARANAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 1403180-24

Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal 1096339-24	4 - Data da Autorização 14/05/2024	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 00000000000000000000
------------------	--	---------------------------------------	-----------	-------------------------------	---

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 123	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo NICOLAS ADRIANO DE SANTANA PROCHERA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
-----------------------	-------------------------------	--------------------------	---	---	----------------------------

Dados do Solicitante	13 - Código na Operadora 76019231000109	14 - Nome do Contratado CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA
----------------------	--	--

15 - Nome do Profissional Solicitante GUSTAVO SANTOS DOS REIS	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 43747	18 - UF PR	19 - Código CBO S 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento 11	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	27 - Qtd. Solicit. 1 1 2	28 - Qtd. Aut. 1 1 2
-----------------------------------	--------------------------	------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição
22	10101039	EM PRONTO SOCORRO
22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)
22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 76019231000109	30 - Nome do Contratado CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA	31 - Código CNES 3560430
--	--	-----------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 12	34 - Tipo de Consulta 2	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento 15
--------------------------------	---	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
14/05/2024	12:38	12:39	22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1	C		1,00	78,00
14/05/2024	12:42		22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	2	1	C		1,00	37,76
14/05/2024	12:38		22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER	1	1	C		1,00	10,50

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

48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
3	12	43088332805	GUSTAVO SANTOS DOS REIS	CRM	43747	PR	

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1. _/_/_	3. _/_/_
2. _/_/_	4. _/_/_
	5. _/_/_
	6. _/_/_
	7. _/_/_
	8. _/_/_
	9. _/_/_
	10. _/_/_

58 - Observação / Justificativa

Clinica Médica São Paulo
Rua Manoel Corra

59 - Total do Procedimento (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
	46,38	11,72		12,87	0,00	235,59

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



MANOEL CORREIA
PARANAGUA - PR
CPF
Fome: 3427-8200

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Atend. 1096339-24

Pág.: 1 de 1

Dados do Contratado Executante

1 - Registro ANS

2 - Número Guia Referenciada
1096339-24

3 - Código na Operadora

76019231000109

4 - Nome do Contratado

CLINICA MEDICA SAO PAULO

5 - Código CNES

3560430

Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamento 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis

6 - CD	7 - Data	8 - Hora inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acresc.	15 - Valor unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)
--------	----------	------------------	----------------	-------------	---------------------	-----------	-------------------	-------------------------	---------------------------	------------------------

17 - Registro ANVISA do Material	18 - Referência do material no fabricante	19 - Nº Autorização de Funcionamento
----------------------------------	---	--------------------------------------

1- 4	14/05/2024	18	60023236	1,00	036	0,00	34,86	34,86
------	------------	----	----------	------	-----	------	-------	-------

2- 4	14/05/2024	18	4010029	1,00	036	0,00	12,12	12,12
------	------------	----	---------	------	-----	------	-------	-------

20 - Descrição	TAXA DE SALA AMBULATORIAL I (COM PROCEDIMENTO DE ENFERMEIRA
----------------	---

3- 2	14/05/2024	05	90363388	1,00	001	0,00	8,18	8,18
------	------------	----	----------	------	-----	------	------	------

20 - Descrição	TAXA PARA CURATIVOS MEDIOS
----------------	----------------------------

4- 2	14/05/2024	05	90466349	1,00	001	0,00	4,69	4,69
------	------------	----	----------	------	-----	------	------	------

20 - Descrição	DEXAMETASONA - GENERICO 4 MG/ML 2,5 ML. CX. 50 AMPS.
----------------	--

5- 3	14/05/2024	19	0000043602	1,00	036	0,00	1,91	1,91
------	------------	----	------------	------	-----	------	------	------

20 - Descrição	PROFENID (CETOPROFENO) IMJ. 100 MG. IM CX. 6 AMPS. - CRISTALLIA
----------------	---

6- 3	14/05/2024	19	0000043603	1,00	036	0,00	1,91	1,91
------	------------	----	------------	------	-----	------	------	------

20 - Descrição	AGULHA 25X07 - AGULHA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA
----------------	--

7- 3	14/05/2024	19	0000019651	80,00	038	0,00	0,06	4,98
------	------------	----	------------	-------	-----	------	------	------

20 - Descrição	AGULHA 40 X12 AGULHA DESCARTAVEL COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA
----------------	---

8- 3	14/05/2024	19	70705313	1,00	036	0,00	2,92	2,92
------	------------	----	----------	------	-----	------	------	------

20 - Descrição	MICROPORE FITA MICROPOROSA BRANCA 10 CM X 10 M
----------------	--

9- 3	14/05/2024	19	70705313	1,00	036	0,00	2,92	2,92
------	------------	----	----------	------	-----	------	------	------

20 - Descrição	SERINGA 5 ML LUER LOK BD
----------------	--------------------------

10- 3	14/05/2024	19	70705313	1,00	036	0,00	2,92	2,92
-------	------------	----	----------	------	-----	------	------	------

20 - Descrição	SERINGA 5 ML LUER LOK BD
----------------	--------------------------

21 - Total de Gases Medicinais R\$	0,00
------------------------------------	------

22 - Total de Medicamentos R\$	12,87
--------------------------------	-------

23 - Total de Materiais R\$	11,72
-----------------------------	-------

24 - Total de OPME R\$	0,00
------------------------	------

25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$	46,98
------------------------------------	-------

26 - Total de Diárias R\$	0,00
---------------------------	------

27 - Total Geral R\$	71,57
----------------------	-------

2 - Nº Guia no prestador
00000000001096339-24

Pàg.: 1 de 1

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
1096339-24

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RIN

42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	1			78,00	78,00

52 - Conselho Profissional 53 - Número do Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

1. $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{3}$ $\frac{1}{4}$ $\frac{1}{5}$ $\frac{1}{6}$ $\frac{1}{7}$ $\frac{1}{8}$ $\frac{1}{9}$ $\frac{1}{10}$

59 - Total do Procedimento (R\$)	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total de Materiais (R\$)	
62 - Total de OpMte (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)	

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por ALINE MATOSO em: 14/05/2024 12:39:17 www.soluinf.br :: T:55 300

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Nicolas Adriano de Santana Prochera
Nº da Carteirinha: 2.21.2388
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 18/05/2010

Nº da Guia: 17714

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/05/2024	10:50:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava em aula de educação física ,quando foi pegar a bola no chão, outro aluno chutou a bola e o pé do aluno chocou contra a mão dele.

Testemunha da ocorrência

Prof. William de Lima

Telefone

(41) 3427-8200

Quem prestou primeiros socorros

Prof. William

Data

14/05/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clínica Médica São Paulo	Rua Manoel Corrêa	965	Palmital	(41) 3423-4466

Observações

O aluno estava em aula de educação física ,quando foi pegar a bola no chão, outro aluno chutou a bola e o pé do aluno chocou contra a mão dele.

Isabelle Dornsbach
Secretaria Escolar
Ato 03/2023

Ass.:

Isabelle da Silva Dornsbach



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

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

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

2 - 1ª Guia no Presídio

Walter...

1 - Registro AINS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sessão

6 - Data de Validade da Sessão

7 - Número da Guia Autorizada pelo Operador

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Veridade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Avulso número de

Dados do Solicitante

13 - Código na Operação

14 - Nome do Contratado

Cláudio Adriano de Santana Prochens

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número de Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Items Assinados Solicitantes

21 - Caracter de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

Transtorno de ansiedade

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou item assistencial

Adicinas Lda Mto (2)

27 - Cód. Solic. 28 - Cód. Aut.

Dados do Contratante Executante

29 - Código na Operação

30 - Nome do Contratado

31 - Código CHES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença internacional)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qte	43 - Via	44 - Tdc	45 - Fator Red (Acresc)	46 - Valor Unitário-R\$	47 - Valor Total-R\$
1	/	/	/	/							
2	/	/	/	/							
3	/	/	/	/							
4	/	/	/	/							
5	/	/	/	/							

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

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código da Operação/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número do Conselho

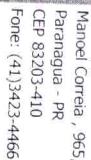
54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Sane	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificação	59 - Total Procedimento R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total OPIR R\$	63 - Total Medicamentos R\$	64 - Total Gastos Médicos R\$	65 - Total Gera R\$
1	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Dr. Gustavo S. Reis
CRM-PR 43797

2 - Nº Guia no prestador
00000000001096396-24



68 - Assinatura do Contratado

Página: 1 de 1

27 - Qtde.	28 - Qtde.
Solict.	Aut.

31 - Código CNES
3560430

42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acresc	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	1			36,90	36,90

52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - IJE	55 - Cód. de erro
----------------------------	-------------------------	----------	-------------------

7. $\frac{1}{1}$ $\frac{1}{1}$

8. $\frac{1}{1}$ $\frac{1}{1}$

9. $\frac{1}{1}$ $\frac{1}{1}$

10. $\frac{1}{1}$ $\frac{1}{1}$

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

2 - Registro ANS	3 - Número da Guia-Principal	4 - Data de autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Sua Autorização pelo Operador
------------------	------------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	---

12 - Alondamento a Rio

Downloaded by [university of california, san diego]



Adventito.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Juricido, suicidio, estrado, calmo
demencia catina, deambullando, ore

② get 11m to 1pm no confusion
jibber was other

WB

intended

Bo Campagna

Erin Jacobson
Crestmont 1063416

~~Dr. Gustavo S. Reis~~

Medico
CRM-FR 43757

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



MANOEL CORREIA
PARAMAGIA - PR
CPF
Fone: 3427-8200

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 1404831-24

Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
1098339-24

4 - Data da Autorização
24/05/2024

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Arribuído pela Operadora
000000000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2.21.4202

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo
JOAO LUCAS FERREIRA NASCIMENTO DAS NEVES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
53628393000220

14 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO

15 - Nome do Profissional Solicitante
ALI M. EL KADRI

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
7971

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do atendimento
111

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

22	10101039	EM PRONTO SOCORRO
22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)
22	30729130	FRATURA DE OSSO DO PE - TRATAMENTO CONSERVADOR
22	40804097	RX PE OU PODODACTILO

27 - Qtd. Solicit. 28 - Qtd. Aut. 1 1 1 1 1 1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76019231000109

30 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

31 - Código CNES
3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
111

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
121

34 - Tipo de Consulta
2

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
151

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
24/05/2024	10:36	10:36	22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1	C		1,00	78,00
24/05/2024	10:44	10:44	22	40804097	RX PE OU PODODACTILO	1	1	C		1,00	38,15
24/05/2024	10:36	10:36	22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER	1	1	C		1,00	10,50
24/05/2024	10:36	10:36	22	30729130	FRATURA DE OSSO DO PE - TRATAMENTO	1	1	C		1,00	42,00

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

48 - Seq. Ref 49 - Grau Part. 50 - Código da Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
2 12 328.018.740-00 ALI M. EL KADRI

52 - Conselho Profissional CRM 53 - Número do Conselho 7971 54 - UF PR 55 - Código CBO

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

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

58 - Observação / Justificativa

CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA
CPF: 18.010.231/0001-08

59 - Total do Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
44,62

61 - Total de Materiais (R\$)
4,54

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
217,81

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



MANOEL CORREIA
PARANAQUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Dados do Contratado Executante

1 - Registro ANS

2 - Número Guia Referenciada
1098339-24

3 - Código na Operadora

76019231000109

4 - Nome do Contratado

CLINICA MEDICA SAO PAULO

5 - Código CNES

3560430

Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamento 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Alugueis

6 - CD	7 - Data	8 - Hora inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtde.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acréc.	15 - Valor unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)
17 - Registro ANVISA do Material					18 - Referência do material no fabricante			19 - Nº Autorização de Funcionamento		
1- 4	24/05/2024				18	60023384	1,00	036	0,00	44,62
2- 3	24/05/2024				20 - Descrição					
					TAXA POR USOSSESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL					
					05	0000019651	30,00	038	0,00	0,06
3- 3	24/05/2024				MICROPORE FITA MICROPOROSA BRANCA 10 CM X 10 M					
					12	70754284	1,00	036	0,00	2,67
4-					TALA METALICA C/ ESPUMA 16X25 MED.					
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
21 - Total de Gases Medicinais R\$										0,00
22 - Total de Medicamentos R\$										0,00
23 - Total de Materiais R\$										4,54
24 - Total de OPME R\$										0,00
25 - Total de Taxas e Alugueis R\$										44,62
26 - Total de Diárias R\$										0,00
27 - Total Geral R\$										49,16

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

2 - N.º Guia no prestador
00000000001098339-24

Atend. 1098339-24
Pág.: 1 de 1



Manoel Correia, 965,
Paranaíba - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
1098339-24

4 - Data da Autorização
24/05/2024

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Arribuído pela Operadora
1098339-24

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2.21.4202

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo
JOAO LUCAS FERREIRA NASCIMENTO DAS NEVES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
53628393000220

14 - Nome do Contratado
CLINICAMEDICA SAO PAULO

Dre Ali M. El Kadri
Médico

15 - Nome do Profissional Solicitante
ALI M. EL KADRI

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
7971

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225125

CRM PR 7971

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
22 - Data da Solicitação
24/05/2024 10:36:01

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
ou item assistencial
22 10101039 EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic. 1
28 - Qtd. Aut. 1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76.019.231/0001-09

30 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

31 - Código CNES
3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
111

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

111

34 - Tipo de Consulta
101

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
1121

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
24/05/2024 10:36 22 10101039 EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acrésc 46 - Valor unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
1 1 78,00 78,00

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

48 - Seq. Ref 49 - Grau Part. 50 - Código da Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional 53 - Número do Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

2 - Nº Guia no prestador
00000000001098340-24

Pág.: 1 de 1

Manoel Correia, 965,
Paranaque - PR
CPF 83203-410
Fone: (41)3423-4466



1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
1098340-24

4 - Data da Autorização
24/05/2024

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
1098340-24

Atend. 1098340-24

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2.21.4202

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo
JOAO LUCAS FERREIRA NASCIMENTO DAS NEVES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
53628393000220

14 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO

Dre Ali M. El Kadri

16 - Conselho Profissional

CRM

17 - Número no Conselho
7971

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225125

CRM PR 7971

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
121

22 - Data da Solicitação
24/05/2024 10:44:19

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item assistencial
22 40804097

RX PE OU PODODACTILO

27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut. 1 1

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora
76.019.231/0001-09

30 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

31 - Código CNES
3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
151

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
111

34 - Tipo de Consulta
101

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
1121

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 24/05/2024 37 - Hora Inicial 10:44 38 - Hora Final 22 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento-41 - Descrição RX PE OU PODODACTILO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acrésc 46 - Valor unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

1 1 38,15 38,15

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

48 - Seq. Ref 49 - Grau Part. 50 - Código da Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número do Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Lucas Ferreira Nascimento das Neves

Nº da Carteirinha: 2.21.4202

Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 06/02/2013

Nº da Guia: 18077

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/05/2024	10:20:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com terceiros (**Ex.: entre dois alunos**)

Partes do corpo

Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito

Descrição

O aluno estava em aula de Ed. Física e acabou machucando o dedo direito do pé após chutar a bola em falso, atingindo o colega (goleiro).

Testemunha da ocorrência

Prof. William

Telefone

(41) 3427-8200

Quem prestou primeiros socorros

Prof. William

Data

24/05/2024

Local de atendimento

Clínica Médica São Paulo

Endereço

Rua Manoel Corrêa

Nº

965

Bairro

Palmital

Telefone

(41) 3423-4466

Observações

O aluno foi devidamente atendido e encaminhado para a Clínica próxima.

Ass.:

Letícia de Souza Martins



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

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

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

2 - 1º Guia no Presidiário

Adventista

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data de autorização	5 - Seriação	6 - Data de Validade da Seriação	7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora
------------------	------------------------------	-------------------------	--------------	----------------------------------	--

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Alinhamento a RH
------------------------	--------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------

Dados do Solicitante	13 - Código na Operação	14 - Nome do Contratado
----------------------	-------------------------	-------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número do Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assinados Solicitante	21 - Caudex de Alinhamento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assinado	26 - Descrição	27 - Caudex Solicitante	28 - Caudex Aut
---	----------------------------	--------------------------	------------------------	-------------	--	----------------	-------------------------	-----------------

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -	11 -	12 -	13 -	14 -	15 -	16 -	17 -	18 -	19 -	20 -	21 -	22 -	23 -	24 -	25 -	26 -	27 -	28 -	29 -	30 -	31 -	32 -	33 -	34 -	35 -	36 -	37 -	38 -	39 -	40 -	41 -	42 -	43 -	44 -	45 -	46 -	47 -	48 -	49 -	50 -	51 -	52 -	53 -	54 -	55 -	56 -	57 -	58 -	59 -	60 -	61 -	62 -	63 -	64 -	65 -	66 -	67 -	68 -
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Dados do Contratante Executante	29 - Código na Operação	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
---------------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------

Dados do Acordo	32 - Tipo de Acordo	33 - Indicação de Acordo (a ser assinado ou divergência)	34 - Tipo de Contrato	35 - Assinatura do Contratante
-----------------	---------------------	--	-----------------------	--------------------------------

Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Vn	44 - Tec	45 - Fator Red. Anese	46 - Valor Unitário R\$	47 - Valor Total R\$
-----------------------------------	-----------	-------------------	-----------------	-------------	-----------------------------	----------------	----------	---------	----------	-----------------------	-------------------------	----------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Seq. Prof	49 - Grau Prof	50 - Código da Operação	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
--	----------------	----------------	-------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificação
---	--	--------------------------------

59 - Total Procedimento R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total OPRF R\$	63 - Total Medicamentos R\$	64 - Total Custos Médicos R\$	65 - Total Geral R\$
-----------------------------	---------------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------------	-------------------------------	----------------------

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



NOME

MÉDICO

DATA DA ENTRADA

PRESCRIÇÃO MÉDICA (CARIMBAR E ASSINAR)

HORA DA ENTRADA
HORÁRIOS
(CHECAR E ASSINAR)

CONVÊNIO

HORA DA SAÍDA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO

S90.1

João Luis Ferreira Nascimento
Adventista

24/05/20

11:13h

CONVÊNIO

HORA DA SAÍDA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO

S90.1

Trauma do pé

Direito, com pequena
fratura linear, após
deposição da gesso
na região do 2º dedo1) - Imobilização / tala
com esparadrapo 12/08Paciente, estado, estado, com
comunicação, demonstrando, com
paciente, com, com, com
pelo m. de, com, com, com
pelo procedimento, realizado
pelo m. de, com, com, com
pelo m. de, com, com, comDr. Ali M. El Kadri
CRM-PR. 7971Fic. Enf. Jussiele R. Veli
COREN: 1063419Atenção
O talo de amarração
30 cm de comprimentoFic. Enf. Jussiele R. Veli
COREN: 1063419

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Ali M. El Kadri

Dr. Ali M. El Kadri
CRM-PR. 7971