

Convênio : ADVENTISTA
Contas do lote : 6159144 - ADVENTISTA EXAMES - JUNHO/2024 Data : 09/07/2024
Conta para o crédito : Agencia : Conta :
Previsão do crédito : 09/07/2024

Conta	Data	Guia	Matricula	Paciente	Médico	Total	Total Cred.	Desconto
1414604-24	03/06/2024 17:45	1099679-24	123	DAVI MARCOS FARIAS PINT	CLINICA MEDICA	37,76	0,00	0,00
1414605-24	21/06/2024 11:43	1103085-24	1234	ISABELY CAMARGO CARVALH	CLINICA MEDICA	106,57	0,00	0,00
1414608-24	21/06/2024 11:46	1103086-24	1234	ISABELY CAMARGO CARVALH	CLINICA MEDICA	39,58	0,00	0,00
Total de registros: 3						183,91	0,00	0,00
						Total lote com desconto:	183,91	
						Total lote sem desconto:	183,91	



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

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

2 - Nº Guia no prestador

00000000001099679-24

Atend. 1099679-24

Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
123

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo

DAVI MARCOS FARIAS PINTO VALENGA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

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

THAISI CAROLINI TESTON BALCONI

16 - Conselho
Profissional

CRM

17 - Número no Conselho

0122803

18 - UF

RJ

19 - Código CBO S

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter
do atendimento

12

22 - Data da Solicitação

03/06/2024 17:45:06

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
ou item assistencial

22

40803120

RX MAO OU QUIRODACTILO

27 - Qtde.
Solicit.

28 - Qtde.
Aut.

1

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

15

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

11

34 - Tipo de Consulta

10

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento

11

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hora inicial 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

03/06/2024

17:45

22

40803120

RX MAO OU QUIRODACTILO

42 - Qtde.

1

43 - Via

1

44 - Tec.

45 - Fator Red/Acrésc

46 - Valor unitário (R\$)

37,76

47 - Valor Total (R\$)

37,76

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

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

1	1	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1

52 - Conselho Profissional

1	1	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1

53 - Número do Conselho

54 - UF

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
CNPJ: 76.019.231/0001-09

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

André Luis Pinto

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Davi Marcos Farias Pinto Valenga
Nº da Carteirinha: 2.21.3707
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 12/09/2014

Nº da Guia: 18271

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/06/2024	16:52:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno em aula de Ed. Física esbarrou em seu colega e ao tropeçar acabou machucando os dedos da mão direita que está inchando.

Testemunha da ocorrência

Prof. William

Telefone

(41) 3427-8200

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

Observações

O aluno foi atendido e encaminhado para a Clínica.

Ass.:

Leticia 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 - Nº Guia no Prestador

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome <i>Davi M. F. P. Valença</i>	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
------------------------	--------------------------	---	-------------------------------	-----------------------

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número do Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dra. Thaysi P. Balconi</i> Médica / Pediatra CRM 520122803-0
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter de Atendimento	22 - Data da Solicitação <i>03/06/24</i>	23 - Indicação Clínica <i>Forças? Fratura de dedo?</i>
-----------------------------	---	---

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição <i>Radiografia mão direita</i>	27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1- ☐	☐		☐	☐
2- ☐	☐		☐	☐
3- ☐	☐		☐	☐
4- ☐	☐		☐	☐
5- ☐	☐		☐	☐

Dados do Contratante/Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
--------------------------	-------------------------	------------------

Dados do Atendimento

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

Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	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 Operadora/CPF	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
1- ☐	3- ☐
2- ☐	4- ☐
5- ☐	6- ☐
7- ☐	8- ☐
9- ☐	10- ☐

58 - Observação / Justificação

59 - Total Procedimento R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total OPME R\$	63 - Total Medicamentos R\$	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral R\$
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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



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

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

2 - Nº Guia no prestador

00000000001103085-24

Atend. 1103085-24

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
1103085-24

4 - Data da Autorização
21/06/2024

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
1103085-24

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
1234

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo
ISABELY CAMARGO CARVALHO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

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

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
48280

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225125

Drº Matheus Pisa Freitas
Médico
CRM PR 48280

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
[2]

22 - Data da Solicitação
21/06/2024 11:43:34

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
ou item assistencial
22 40901220 ECOGRAFIA DE OMBRO / JOELHO / COTO (ARTICULACAO)

27 - Qtde. Solic. **1** 28 - Qtde. 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
[5]

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
[1]

34 - Tipo de Consulta
[0]

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
[12]

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data **21/06/2024** 37 - Hora inicial **11:43** 38 - Hora final **22** 40 - Código do Procedimento **40901220** 41 - Descrição **ECOGRAFIA DE OMBRO / JOELHO / COTO**

42 - Qtde. **1** 43 - Via **1** 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acrésc 46 - Valor unitário (R\$) **106,57** 47 - Valor Total (R\$) **106,57**

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

1	1								
1	1								
1	1								
1	1								

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

Clinica Medica São Paulo Ltda
Rua Manoel Corrêa, 965

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: Isabely Camargo Carvalho
Nº da Carteirinha: 2.21.4071
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 06/01/2009

Nº da Guia: 18887



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/06/2024	11:05:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

A aluna dividiu a bola com uma colega e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência

Professor Willian

Telefone

(41) 3427-8200

Quem prestou primeiros socorros

Eduardo

Data

21/06/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

A aluna foi atendida e encaminhada 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

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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		4 - Data da autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora													
Dados do Beneficiário																							
8 - Número da Carteira			9 - Validade da Carteira			10 - Nome ISABELY CAMARGO CARVALHO			11 - Cartão Nacional de Saúde			12 - Atendimento a RN											
Dados do Solicitante																							
13 - Código na Operadora			14 - Nome do Contratado																				
15 - Nome do Profissional Solicitante				16 - Conselho Profissional		17 - Número do Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados																							
21 - Caracter de Atendimento U		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica LESÃO EM PÉ DIREITO DURANTE ATIVIDADE ESPORTIVA																			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou item assistencial		26 - Descrição ECOGRAFIA DE PÉ DIREITO								27 - Qtde. Solic.		28 - Qtde. Aut.									
1- ☐		☐										☐		☐									
2- ☐		☐										☐		☐									
3- ☐		☐										☐		☐									
4- ☐		☐										☐		☐									
5- ☐		☐										☐		☐									
Dados do Contratante Executante																							
29 - Código na Operadora			30 - Nome do Contratado									31 - Código CNES											
Dados do Atendimento																							
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação do Acidente (acidente ou doença relacionada)				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 - Qtde		43 - Via		44 - Tec		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 Operadora/CPF		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																			
1- ☐				3- ☐				5- ☐				7- ☐				9- ☐							
2- ☐				4- ☐				6- ☐				8- ☐				10- ☐							
58 - Observação / Justificação																							
59 - Total Procedimento R\$												60 - Total Taxas e Aluguéis R\$		61 - Total Materiais R\$		62 - Total OPME R\$		63 - Total Medicamentos R\$		64 - Total Gases Medicinais R\$		65 - Total Geral R\$	
☐												☐		☐		☐		☐		☐			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						68 - Assinatura do Contratado											

Dr. Marcelo Piza Freitas
CRM-PR 48280



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

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

2 - Nº Guia no prestador

00000000001103086-24

Atend. 1103086-24

Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
1234

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo
ISABELY CAMARGO CARVALHO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

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

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
48280

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225125

Drº Matheus Pisa Freitas
Médico
CRM PR 48280

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
12

22 - Data da Solicitação
21/06/2024 11:46:51

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou item assistencial
22 40804097 RX PE OU PODODACTILO

27 - Qtde. Solic. 28 - Qtde. Aut.
1 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
15

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
11

34 - Tipo de Consulta
10

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
11

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
21/06/2024	11:46		22	40804097	RX PE OU PODODACTILO	1	1			39,58	39,58

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
1							
2							
3							
4							

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

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

Clínica Médica São Paulo Ltda
Rua Manoel Correia, 965

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabely Camargo Carvalho
Nº da Carteirinha: 2.21.4071
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 06/01/2009

Nº da Guia: 18887



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/06/2024	11:05:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

A aluna dividiu a bola com uma colega e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência

Professor Willian

Telefone

(41) 3427-8200

Quem prestou primeiros socorros

Eduardo

Data

21/06/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

A aluna foi atendida e encaminhada 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

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

2 - Nº Guia no Prestador

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

8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome ISABELY CAMARGO CARVALHO		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
------------------------	--	--------------------------	--	---	--	-------------------------------	--	-----------------------	--

13 - Código na Operadora		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 Assistenciais Solicitados											
21 - Caracter de Atendimento U		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica LESÃO EM PÉ DIREITO DURANTE ATIVIDADE ESPORTIVA							

24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou item assistencial		26 - Descrição								27 - Qtde. Solic.		28 - Qtde. Aut.	
1- ☐	☐	☐	☐	RAIO-X DE PÉ DIREITO AP E PERFIL								☐	☐	☐	☐
2- ☐	☐	☐	☐									☐	☐	☐	☐
3- ☐	☐	☐	☐									☐	☐	☐	☐
4- ☐	☐	☐	☐									☐	☐	☐	☐
5- ☐	☐	☐	☐									☐	☐	☐	☐

29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado										31 - Código CNES	
--------------------------	--	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------	--

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

Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	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 Operadora/CPF	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										
1- ☐	☐	3- ☐	☐	5- ☐	☐	7- ☐	☐	9- ☐	☐			
2- ☐	☐	4- ☐	☐	6- ☐	☐	8- ☐	☐	10- ☐	☐			

58 - Observação / Justificação											
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

59 - Total Procedimento R\$		60 - Total Taxas e Aluguéis R\$		61 - Total Materiais R\$		62 - Total OPME R\$		63 - Total Medicamentos R\$		64 - Total Casos Medicinais R\$		65 - Total Geral R\$	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

Dr. Marthos Dias Freitas
 Médico
 CRM-PR 48280