

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

2 - Nº Guia no prestador

00000000001038870-23

Atend. 1038870-23

Pág.: 1 de 1



Manoel Correia, 955,
Paranaguá - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
01

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
1038870-23

4 - Data da Autorização
22/06/2023

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador
1038870-23

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
76.019.231/0001-09

14 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO

~~D^{re} Ali M. El Kadri~~
Médico

15 - Nome do Profissional Solicitante
ALI M. EL KADRI

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho Profissional
7971

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225125

CRM PR 7971

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do atendimento
[2]

22 - Data da Solicitação
22/06/2023 08:48:00

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item assistencial
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 CIES
3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
[11]

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

34 - Tipo de Consulta
[10]

35 - Motivo do Encaminhamento do Atendimento
[12]

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 22/06/2023
37 - Hora inicial 08:48
38 - Hora final 22
39 - Tabela 10101039
40 - Código do Procedimento 41 - Descrição EM PRONTO SOCORRO

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

Identificação do(s) Profissional(s) 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: André Arsego da Costa
Nº da Carteira: 2.21.2370
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 02/06/2009 **Nº da Guia:** 11981

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/06/2023	08:47:00	Quadra	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Joelho Direito

Descrição
aluno deslocou o joelho direito

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor de Educação Física	(41) 3427-8200

Quem prestou primeiros socorros	Data
Professor Willian	22/06/2023

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

Observações
Aluno caiu e deslocou o joelho

Ass.:

Jhonatan Ferreira De 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.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