



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

00000000001110964-24

Atend. 1110964-24

Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 01	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo HELOIZE DE AQUINO DIAS	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 LANCASTER MONTEIRO DINIZ	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 57120	18 - UF PR	19 - Código CBO S 225124	20 - Assinatura do Profissional solicitante Lancaster Diniz CRM PR: 57120 / RQE: 18474 Pediatra
--	--	---	----------------------	------------------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento [2]	22 - Data da Solicitação 13/08/2024 11:15:03	23 - Indicação Clínica
---	--	------------------------

24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento ou item assistencial 10101039	26 - Descrição EM PRONTO SOCORRO	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 [U]	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [1]	34 - Tipo de Consulta [0]	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento [1]
--	---	-------------------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 13/08/2024	37 - Hora inicial 11:15	38 - Hora final 22	39 - Tabela 10101039	40 - Código do Procedimento EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtde. 1	43 - Via 1	44 - Tec. 78,00	45 - Fator Red/Acrésc. 78,00	46 - Valor unitário (R\$) 78,00	47 - Valor Total (R\$) 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
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1. 13/08/2024	3. 13/08/2024
2. 11:15	4. 11:15
	5. 22
	6. 10101039
	7. EM PRONTO SOCORRO
	8. 1
	9. 1
	10. 78,00

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
	Heleone Diniz	Lancaster Diniz

CRM PR: 57120 / RQE: 18474

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heloize de Aquino Dias
Nº da Carteira: 2.21.2763
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 03/10/2010

Nº da Guia: 19866

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/08/2024	10:50:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito

Descrição
A aluna estava praticando a aula de Ed. Física, e acabou caindo no chão machucando seu pé.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. William	(41) 3427-8200

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof. William	13/08/2024

Local do atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
O aluno foi atendido e encaminhado para a Clínica São Paulo para consulta.

Ass.:



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