

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

2 - Nº Guia no prestador
0000000000000015431



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

Atend. 1081087-24 Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

1 - Registro AMS

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 completo

11 - Número do 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

CRM

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO S

Drº Ali M. El Kadri

Médico

CRM PR 7971

21 - Caráter do atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qtd. Solicit.

28 - Qtd. Aut.

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

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red/Acrésc

46 - Valor unitário

47 - Valor Total

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 OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Médicinalis (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: Bento Conto Guimarães Fagundes
Nº da Carteirinha: 2.21.3778
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 21/02/2014

Nº da Guia: 15431



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/02/2024	15:25:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Antebraço Esquerdo, Mão Esquerda

Descrição

O aluno estava fazendo atividade de Ed. Física, onde esbarrou no aluno e tropeçou no colega. Se apoiou com a mão no chão ao cair.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof. Willian	22/02/2024

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

Observações

O aluno foi devidamente encaminhado a um monitor que o ofereceu auxílio. Encaminhado a uma unidade e notificado aos responsáveis.

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 - Nº Guia no Prestador

Adventista

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	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 Assinatura do Profissional Solicitante Ali M. El Kadri CRM-PR-7971							
--	--	--	--	--	--	--	--

21 - Caracter de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd Solic 28 - Qtd 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 - Qtd	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/CPE	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do 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 - 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				