



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

00000000001094389-24

Atend. 1094389-24

Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
2212949

3 - Número da Guia Principal
1094389-24

4 - Data da Autorização
03/05/2024

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
1094389-24

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

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
12

22 - Data da Solicitação
03/05/2024 10:58:55

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição
22	40803112	RX PUNHO
22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO

27 - Qtde. Solic.	28 - Qtde. Aut.
1	1
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
12

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
03/05/2024	10:58	22	40803112	RX PUNHO	
03/05/2024	10:58	22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	

42 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	1			40,49	40,49
1	1			31,76	31,76

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

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

58 - Observação / Justificativa

Clinica Medica São 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

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Luis Oliveira da Silva Filho
Nº da Carteirinha: 2.21.2949
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 18/11/2011

Nº da Guia: 17443



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/05/2024	10:09:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda

Descrição
A bola bateu na mão durante a atividade física, causando uma torção no polegar esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Willian	(41) 3427-8200

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sandra Pedrozo Pinheiro	03/05/2024

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

Observações
O aluno foi atendido pela monitora Sandra 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

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

2 - 1ª Guia no Prestador

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

Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome JOÃO LUIS OLIVEIRA DA SILVA FILHO		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atribuição a RDI	
-----------------------	--	------------------------	--	--------------------------	--	---	--	-------------------------------	--	-----------------------	--

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>Dr. Matheus Costa Freire</i> RUA PR 42280	
----------------------	--	--------------------------	--	-------------------------	--	---------------------------------------	--	----------------------------	--	-------------------------	--	---------	--	-----------------	--	--	--

Dados da Solicitação / Procedimento ou Item Assistencial Solicitado		21 - Caracter de Atendimento U		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica TRAUMA EM MÃO ESQUERDA		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou item assistencial		26 - Descrição RAIO-X DE MÃO E PUNHO AP E PERFIL		27 - Ques. Selo 28 - Ques. Aut.	
---	--	--	--	--------------------------	--	---	--	-------------	--	--	--	--	--	---------------------------------	--

Dados do Contratante Existente		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CBO	
--------------------------------	--	--------------------------	--	-------------------------	--	-----------------	--

Dados do Atendimento		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo do 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 - Ques.		43 - Via		44 - Tec.		45 - Fator Red. Acum.		46 - Valor Unidário R\$		47 - Valor Total R\$	
-----------------------------------	--	-----------	--	-------------------	--	-----------------	--	-------------	--	-----------------------------	--	----------------	--	------------	--	----------	--	-----------	--	-----------------------	--	-------------------------	--	----------------------	--

Identificação do Profissional Existente(s)		48 - Seq. Ref.		49 - Grau Fun.		50 - Código da Operadora/CIP		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número do Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
--	--	----------------	--	----------------	--	------------------------------	--	---------------------------	--	----------------------------	--	-------------------------	--	---------	--	-----------------	--

56 - Data da Realização do Procedimento em Selo		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Contratado	
---	--	--	--	-------------------------------	--

59 - Total Procedimento R\$		60 - Total Taxas e Outros R\$		61 - Total Materiais R\$		62 - Total CPME R\$		63 - Total Medicamentos R\$		64 - Total Outros Medicinas R\$		65 - Total Geral R\$	
-----------------------------	--	-------------------------------	--	--------------------------	--	---------------------	--	-----------------------------	--	---------------------------------	--	----------------------	--

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