



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

0000000001098840-24

Atend. 1098840-24

Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
26879202

9 - Validade da carteira

4 - Data da Autorização
27/05/2024

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
1098840-24

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
ALI M. EL KADRI

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
7971

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
[2]

22 - Data da Solicitação
27/05/2024 18:03:21

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou item assistencial
22 40804089

RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)

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
[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 37 - Hora inicial 38 - Hora final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
27/05/2024 18:03 22 40804089 RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)

42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Acrésc. 46 - Valor unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
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 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: Leonardo Cordeiro Alves
Nº da Carteirinha: 2.21.4139
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 19/02/2015

Nº da Guia: 18138



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/05/2024	17:15:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

Durante a aula de educação física o aluno torceu o pé.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Sandra Pedrozo	27/05/2024

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 verificação 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

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Assinado por Vanderlei Pinheiro

1 de 1

27/05/2024 17:00

Assinado por Vanderlei Pinheiro

1 de 1

27/05/2024 17:00

Assinado por Vanderlei Pinheiro

1 de 1

Adventista

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 Leonardo Cordino Alves				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 Dr. Ali H. M. El-Khatib CRM-PR 7074	

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados													
21 - Caráter de Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica Intense - S83.4									
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou item assistencial		26 - Descrição R2 do Tomazelo E AP + obl.						27 - Qtde. Solic.		27 - 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											
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 Médicos R\$		65 - Total Geral R\$	
☐		☐		☐		☐		☐		☐		☐	

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