



Manoel Correia, 965,
Paranaguá - 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

00000000001082334-24

Atend. 1082334-24

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

1082334-24

4 - Data da Autorização

29/02/2024

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

1082334-24

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2.21.2582

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo

BEATRIZ ALVES ZELA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

76.019.231/0001-09

14 - Nome do Contratado

CLINICA MEDICA SAO PAULO

Drº Ali M. El Kadri

Médico

15 - Nome do Profissional Solicitante

ALI M. EL KADRI

16 - Conselho Profissional

CRM

17 - Número no Conselho

7971

18 - UF

PR

19 - Código CBO 5

225125

CRM PR 7971

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do atendimento

121

22 - Data da Solicitação

29/02/2024 11:30:56

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

10101039

EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic.

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

101

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

29/02/2024 11:30

37 - Hora inicial

11:30

38 - Hora final

22

39 - Tabela

10101039

40 - Código do Procedimento

EM PRONTO SOCORRO

41 - Descrição

1

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(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. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

65 - Total de Outros

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Beatriz Alves Zela
Nº da Carteirinha: 2.21.2582
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 30/07/2009

Nº da Guia: 15572

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/02/2024	11:13:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Rosto

Descrição

Na aula de educação física a aluna foi atingida pela bola no rosto.

Testemunha da ocorrência

Professor Wilian

Telefone

(41) 3427-8200

Quem prestou primeiros socorros

Vanderlei Pinheiro

Data

29/02/2024

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

Observações

A aluna foi atendida e encaminhada para a clínica São paulo para avaliação médica.

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

2 - Nº Guia no Prestador

Arquitecto

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 - Numero da Carteira

8 - Numero da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome Declaro Alves Edla	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Abandono a RN
------------------------	--------------------------	---------------------------------	-------------------------------	--------------------

13 - Código na Operadora

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante	Dr. Ali M. El Kadiri 1987			
16 - Conselho Profissional				
17 - Número do Conselho				
18 - UF				
19 - Código CBO				
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	Dr. Ali M. El Kadiri			

21- Caráter de Atendimento	23- Indicação Clínica
22- Data da Solicitação	

[illegible]

29 - Código na Operadora

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES

32 - Tipo de Aclandramento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
--------------------------	---	-----------------------	--

36 - Data	37 - Hora im
-----------	--------------

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qte	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Ajuste	46 - Valor Unitário-R\$	47 - Valor Total-R\$
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											
42											
43											
44											
45											
46											
47											
48											
49											
50											
51											
52											
53											
54											
55											
56											
57											
58											
59											
60											
61											
62											
63											
64											
65											
66											
67											
68											
69											
70											
71				</							

48 - Seq Ref	49 - Grau Part	50 - Código da Operadora/CPF
--------------	----------------	------------------------------

[illegible]

56 - Data de Realização do Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1- _____	_____	3- _____	_____
2- _____	_____	4- _____	_____
_____	_____	5- _____	_____
_____	_____	6- _____	_____
_____	_____	7- _____	_____
_____	_____	8- _____	_____
_____	_____	9- _____	_____
_____	_____	10- _____	_____

71-9

[illegible]

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