

Pág.: 1 de 1

12 - Atendimento a RN

Dr. Ali M. Elkadiri

Médico

27 - Qrde.	28 - Qrde
Solict.	Aut.

1 - Código CNES
3560430

47 - Valor Total (R\$) 79.00

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriela Muniz Alves
Nº da Carteira: 2.21.3684
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 23/10/2015

Nº da Guia: 15776

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/03/2024	16:46:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Antebraço Direito

Descrição

Aluna estava em Educação Física e caiu com a mão no piso da quadra, onde houve uma torção.

Testemunha da ocorrência

Prof. William

Telefone

(41) 3427-8200

Quem prestou primeiros socorros

Prof. William

Data

07/03/2024

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

Observações

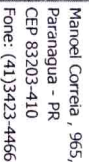
A aluna estava em Aula de Ed. Física, sofreu a torção no pulso. Foi atendida pela monitoria e está sendo encaminhada para o atendimento médico.

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 - N° Guia no prestador

00000000001083670-24

Atend. 1083670-24

Pàg.: 1 de 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal 1083670-24	4 - Data da Autorização 07/03/2024	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora 1083670-24
------------------	---	--	-----------	-------------------------------	--

8 - Número da Carteira 123	9 - Validade da Carteira	10 - Nome completo GABRIELA MUNIZ ALVES	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	Dre Ali M. El Kadri
---	---	-----------------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO S. -
ALI M. EL KADRI	CRM	7971	PR	225125

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		
21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
121	07/03/2024 17:05:24	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Aut.
22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1
22	40803112	RX PUNHO	1	1
22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	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	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
<u>10</u>	<u>11</u>
	34 - Tipo de Consulta
	<u>10</u>
	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
	<u>12</u>

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Q'tde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
07/03/2024	17:05	22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1				78,00	78,00
07/03/2024	17:05	22	40803112	RX PUNHO	1	1				38,78	38,78
07/03/2024	17:05	22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1	1				36,90	36,90

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq./Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operação/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho
				54 - UF	55 - Código CBO

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

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

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 Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável68 - Assinatura do Contratado

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

2 - RF Guia no Preletor

Adouste

Dados do Beneficiário

1 - Registro AMIS	3 - Número da Guia Principal	5 - Senha	7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde
		<i>Gebriela Muniz Alves</i>	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

21 - Caráter 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 CIES
--------------------------	-------------------------	------------------

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 /Acess	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 - ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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 CPME 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
--