



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Kauane Rodrigues Marciano  
**Nº da Carteira:** 2.21.3370  
**Instituição:** Colégio Adventista Paranaguá



**Data de Nascimento:** 27/07/2006

**Nº da Guia:** 15953

| Data da Ocorrência | Horário  | Local  | Atividade               |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 14/03/2024         | 08:49:00 | Quadra | Aula de educação física |

## O que aconteceu

Torção

## Partes do corpo

Joelho Esquerdo

## Descrição

A aluna estava jogando vôlei na aula de educação física, quando houve uma torção no joelho esquerdo.

## Testemunha da ocorrência

Professor Wilian

## Telefone

(41) 98412-5119

## Quem prestou primeiros socorros

Sandra Pedrozo

## Data

14/03/2024

## Local de atendimento

Clínica Médica São Paulo

## Endereço

Rua Manoel Corrêa

## Nº

965

## Bairro

Palmital

## Telefone

(41) 3423-4466

## Observações

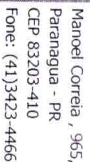
A aluna foi atendida pela monitora Sandra e encaminhada para a clínica São Paulo.

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no prestador  
00000000001084965-24

Atend. 1084965-24 Pág.: 1 de 1

| Dados do Beneficiário                        |                                                                   |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS                             | 3 - Número da Guia Principal<br><b>1084965-24</b>                 |
| 4 - Data da Autorização<br><b>14/03/2024</b> | 5 - Senha                                                         |
| 6 - Data de validade da Senha                | 7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora<br><b>1084965-24</b> |

|                        |                          |                           |                                         |                       |
|------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|
| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da carteira | 10 - Nome completo        | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RM |
| 123                    | 12/12/2019               | KAUANE RODRIGUES MARCIANO | N                                       |                       |

13 - Código na Operadora  
76.019.231/0001-09

14 - Nome do Contratado  
CLINICA MEDICA SAO PAULO

Drº Ali M. El Kadri

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

|                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| 21 - Caráter do atendimento | <u>121</u>                 |
| 22 - Data da Solicitação    | <u>14/03/2024 09:39:47</u> |
| 23 - Indicação Clínica      |                            |

| 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          | 40804089                                         | RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) | 1                | 1              |

| Dados do Contratado Executante |  |
|--------------------------------|--|
|                                |  |

|                          |                               |                  |
|--------------------------|-------------------------------|------------------|
| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado       | 31 - Código CNES |
| 76.019.231/0001-09       | CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA | 3560430          |

|                                                             |           |
|-------------------------------------------------------------|-----------|
| 32 - Tipo de Atendimento                                    | <u>10</u> |
| 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | <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 - Qtd. | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fator Red/Acrésc. | 46 - Valor unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|------------|-------------------|-----------------|-------------|-----------------------------|-----------------------------------------|-----------|----------|-----------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| 14/03/2024 | 09:39             |                 | 22          | 10101039                    | EM PRONTO SOCORRO                       | 1         | 1        |           |                        | 78,00                     | 78,00                  |
| 14/03/2024 | 09:39             |                 | 22          | 40804089                    | RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) | 1         | 1        |           |                        | 36,90                     | 36,90                  |

[illegible][illegible]

56 - Data de Realização de Procedimento em Série \_\_\_\_\_ 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável \_\_\_\_\_

1.                            \_\_\_\_\_ 3.                            \_\_\_\_\_

2.                            \_\_\_\_\_ 4.                            \_\_\_\_\_

5.                            \_\_\_\_\_ 7.                            \_\_\_\_\_

6.                            \_\_\_\_\_ 8.                            \_\_\_\_\_

9.                            \_\_\_\_\_ 10.                            \_\_\_\_\_

[illegible]

|                                 |                                      |                               |                          |                                  |                                      |                        |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 9 - 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 Casos Medicinais (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) |
| _____                           | _____                                | _____                         | _____                    | _____                            | _____                                | _____                  |

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

**Clinica Médica São Paulo Ltda**  
Rua Marjori Correa, 965

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

2 - Nº Guia no Prestador

Adventista

1 - Registro AINS  
3 - Número da Guia Principal  
4 - Data da autorização  
5 - Sentia  
6 - Data de Validade da Sentia  
7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora

8 - Número da Carteira  
9 - Validade da Carteira  
10 - Nome  
11 - Cartão Nacional de Saúde  
12 - Atendimento a RJI

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 Assistenciais Solicitados  
21 - Carteira de Atendimento  
22 - Data da Solicitação  
23 - Indicação Clínica  
24 - Taboia  
25 - Código do Procedimento ou item assistencial  
26 - Descrição  
27 - Data Solic. 28 - Data Aut.

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 - Taboia  
40 - Código do Procedimento  
41 - Descrição  
42 - Qx  
43 - Via  
44 - Tec  
45 - Fator Red / Acresc  
46 - Valor Unitário-R\$  
47 - Valor Total-R\$

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 do Procedimento em Sine  
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
58 - Observação / Justificação

59 - Total Procedimento R\$  
60 - Total Taxas e Aluguéis R\$  
61 - Total Material R\$  
62 - Total OPIR R\$  
63 - Total Medicamentos R\$  
64 - Total Gases Medicinais R\$  
65 - Total Geral R\$  
66 - Assinatura de Responsável pelo Autoatendimento  
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável  
68 - Assinatura do Contratado