

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Enzo Gabriel da Silva Gava
Nº da Carteira: 2.21.3210
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 02/05/2014

Nº da Guia: 17095

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/04/2024	17:16:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Mão Direita, 2º Dedo Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita

Descrição

Jogando Basquete.

Testemunha da ocorrência

Willian Rafael de Lima Correia

Telefone

(41)99601-8633

Quem prestou primeiros socorros

Sandra Pinheiro

Data

22/04/2024

Local de atendimento

Clínica Médica São Paulo

Endereço

Rua Manoel Corrêa

Nº

965

Bairro

Palmital

Telefone

(41) 3423-4466

Observações

O alunos estava em atividade, jogando basquete.

Isabelle Dornsbach
Secretaria Escolar
Ato 03/2023

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 - Nº Guia no prestador
00000000001092255-24

Atend: 1092255-24 Pág.: 1 de 1



Manoel Correia, 965,
Paranaque - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal 1092255-24	4 - Data da Autorização 22/04/2024	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 1092255-24
------------------	--	---------------------------------------	-----------	-------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 2.21.3210	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo ENZO GABRIEL DA SILVA GAVA	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
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante MATEUS 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 121	22 - Data da Solicitação 22/04/2024 17:51:20	23 - Indicação Clínica
------------------------------------	---	------------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 22 40803120 ou Item assistencial 40803147	26 - Descrição RX MAO OU QUIRODACTILIO RX INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR	27 - Qtd. Solic. 1 1 1 1	28 - Qtd. 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 151	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 22/04/2024	37 - Hora inicial 17:51	38 - Hora final 17:51	39 - Tabela 22	40 - Código do Procedimento 40803120	41 - Descrição RX MAO OU QUIRODACTILIO RX INCIDENCIA ADICIONAL DE MEMBRO SUPERIOR	42 - Qtd. 1 1 1 1	43 - Via 1 1	44 - Tec. 1 1	45 - Fator Red/Acréc. 1 1	46 - Valor unitário (R\$) 36,90 14,82	47 - Valor Total (R\$) 36,90 14,82
-------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------	---	---	-------------------------	-----------------	------------------	------------------------------	---	--

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref. 1-11 2-11 3-11 4-11 5-11 6-11 7-11 8-11 9-11 10-11	49 - Grau Part. 1-11 2-11 3-11 4-11 5-11 6-11 7-11 8-11 9-11 10-11	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 OPVE (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Médicos (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

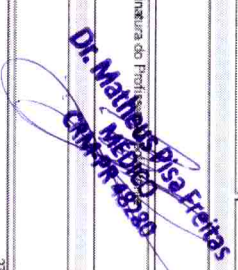
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/PSADT

2 - Nº Guia no Prestador

Dados do Beneficiário

1 - Registro AINS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data de autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Anulado pela Operadora
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	ENZO GABRIEL DA SILVA GAVA		

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	16 - Conselho Profissional	17 - Número do Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional	21 - Abandono a RN
15 - Nome do Profissional Solicitante							

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
U		TRAUMA EM MÃO DE DIREITO

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Cide Sinc	28 - Cide Aut
1- 2- 3- 4- 5-		RAIO X DE MÃO DIREITA E 1º E 2º DEDOS AP / PERIL / OBLÍQUO		

Dados do Contratado / 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 relacionadas)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo da Encerramento do Atendimento

Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Cide	43 - Via	44 - Tpc	45 - Fator Red. Assoc.	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-	3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-	57 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificação

59 - Total Procedimento R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total OPI/ME R\$	63 - Total Medicamentos R\$	64 - Total Copes Medicinas R\$	65 - Total Geral R\$

66 - Assinatura do Responsável pela Avaliação

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado