



MANOEL CORREIA
PARANAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 1333346-23

Atend. 0000000-00
Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS
3 - Número da Guia Principal
1024835-23
4 - Data da Autorização
20/04/2023
5 - Senha
6 - Data de validade da Senha
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
00000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
01
9 - Validade da carteira
10 - Nome completo
AUGUSTO SPINELLI DE ARAUJO
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
76019231000109
14 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

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
Dr. Ali Mohamed El Kadri
CRM-PR-7971

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
121
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica
27 - Qtd. Solicit.
28 - Qtd. Aut.
1
1
1
1

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
22 10101039 EM PRONTO SOCORRO
22 40804054 RX JOELHO
31 - Código CNES
3560430

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76019231000109
30 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA
31 - Código CNES
3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
121
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
121
34 - Tipo de Consulta
2
35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
151

Dados da Execução / 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/Acrésc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
20/04/2023	17:40	17:41	22	40804054	RX JOELHO	1	1	C	1,00	38,15	38,15
20/04/2023	17:40	17:54	22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1	C	1,00	78,00	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
2	12	328.018.740-00	ALI M. EL KADRI	CRM	7971	PR	

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

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 Médicos (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
	0,00	0,00		0,00	0,00	116,15

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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador

Adventista

1 - Registro AMIS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da autorização

5 - Semana

6 - Data de Validade da Semana

7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

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

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter 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

Dados do Contratante Executor

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CILES

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (paciente 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 Acresc.

46 - Valor Unitário R\$

47 - Valor Total R\$

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)

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 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

58 - Observação / Justificação

59 - Total Procedimento R\$

60 - Total Taxas e Alugueis R\$

61 - Total Materiais R\$

62 - Total OPM 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

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Augusto Spinelli de Araujo
Nº da Carteira: 2.21.3862
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 14/12/2014

Nº da Guia: 10915

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/04/2023	17:26:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

Ele estava na sala de aula, em uma brincadeira,

Testemunha da ocorrência

Veronica Wegener Barcelos da Silva Barbosa

Telefone

(41) 3427-8200

Quem prestou primeiros socorros

Karen

Data

20/04/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Ele estava na sala de aula, em uma brincadeira,

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