

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bernardo Campos Costa
Nº da Carteira: 2.21.3913
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 08/11/2016 **Nº da Guia:** 9246

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/11/2022	16:44:00	Playground (Ex.: parquinho)	Brincadeira no parque

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

Descrição

Aluno estava brincando no parque e se bateu com o colega

Testemunha da ocorrência

Professora Jessica

Telefone

(41) 99566-3064

Professora Jessica

(41) 99566-3064

Quem prestou primeiros socorros

Prof. Mariane

Data

25/11/2022

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

Observações

Aluno estava brincando no parque e se bateu com o colega

Ass.:

Emily Muniz
Secretária Escolar
ATO 02/2022

Emily Muniz da Silva Rodrigues

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
00000000000996590-22

Atend. 0996590-22 Pág.: 1 de 1



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

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
0996590-22

4 - Data da Autorização
25/11/2022

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
0996590-22

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
0001469802

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo
BERNARDO CAMPOS COSTA

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
ALI M. EL KADRI

16 - Conselho
Profissional

CRM

17 - Número no Conselho
7971

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225125

CRM PR 7971

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter
do atendimento
121

22 - Data da Solicitação
25/11/2022 17:39:20

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

22 10101039 EM PRONTO SOCORRO
40801012 RX CRANIO - 2 INCIDENCIAS

27 - Qtd. 28 - Qtd.
Solicit. Aut. 1 1

Dados do Contratado Executor

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
111

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	37 - Hora Inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acréc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
25/11/2022	17:39		22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1			78,00	78,00
25/11/2022	17:39		22	40801012	RX CRANIO - 2 INCIDENCIAS	1	1			39,19	39,19

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 - Seq. Ref	57 - Grau Part.	58 - Código da Operadora/CPF	59 - Nome do Profissional	60 - Conselho Profissional	61 - Número do Conselho	62 - UF	63 - Código CBO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

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

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 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

Advocato

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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro AIMS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da autenticação

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RIN

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

21 - Caracter de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Assinatura do Profissional Solicitante

25 - Assinatura do Profissional Solicitante

26 - Código do Procedimento ou Item assistencial

27 - Descrição

28 - Data

29 - Valor Unitário-R\$

30 - Valor Total-R\$

31 - Data

32 - Valor Total-R\$

33 - Data

34 - Hora inicial

35 - Hora final

36 - Tabela

37 - Código do Procedimento

38 - Descrição

39 - Data

40 - Via

41 - Tec.

42 - Fator Red. Acresc.

43 - Valor Unitário-R\$

44 - Valor Total-R\$

Dados do Contratante Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Nome

32 - Tipo de Atendimento

33 - Tipo de Atendimento

34 - Tipo de Atendimento

35 - Tipo de Atendimento

36 - Tipo de Atendimento

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

36 - Motivo de Encerramento do Atendimento

37 - Motivo de Encerramento do Atendimento

38 - Motivo de Encerramento do Atendimento

39 - 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 - Data

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 - Assinatura do Profissional

57 - Assinatura do Profissional

58 - Assinatura do Profissional

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificação

59 - Total Procedimento R\$

60 - Total Taxas e Aluguéis R\$

61 - Total Materiais R\$

62 - Total OPME R\$

63 - Total Medicamentos R\$

64 - Total Gases Médicos R\$

65 - Total Geral R\$

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização