

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

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

2 - Nº Guia no Prestador 12022

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código na Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qlde.

28 - Qlde. Aut.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - Fator Red. / Acresc.

46 - Valor Unitário - R\$

47 - Valor Total - R\$

48 - Seq.

49 - Grau Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho

53 - Número no conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos R\$

60 - Total de Taxas e Aluguéis R\$

61 - Total de Materiais R\$

62 - Total de OPME R\$

63 - Total 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kevin Nicolas Araujo Falcão
Nº da Carteira: 2.37.7608
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 10/06/2009

Nº da Guia: 12022

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/06/2023	11:23:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Distensão na coxa	Coxa Direita

Descrição

O aluno no recreio jogando futebol e sentiu a dor na coxa quando foi correr.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

O aluno foi atendido na coordenação disciplinar, colocado gelol spray no local, informado a responsável (mãe) e encaminhado ambos para o hospital de referencia.

Ass.:

Tânia Mara Luz De Oliveira

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 35

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha	8 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário			
6 - Número da Carteira 2377608	9 - Validade da Carteira 30/12/2023	10 - Nome KEVIN NICOLAS ARAUJO FALCAO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	15 - Nome do Profissional Solicitante MARCELO OLIVEIRA ASINELLI	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 38371	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação 23/06/2023	23 - Indicação Clínica JOELHO DIREITO - LESÃO DE INSERÇÃO MUSCULAR POSTERIOR.	24 - Tabela 2
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 1 22 41101316	26 - Descrição RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)	27 - CI Solic 1	28 - CI Autoriz 0
Dados do Contratado / Executante			
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data	37 - Hr Inicial	38 - Hr Final	39 - Tabela
40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Onde	43 - Via
44 - Tvc	45 - % Red / Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
Identificação dos Profissionais Executores			
48 - Seq Ref	49 - Gr Part	50 - Código na operacional/CPE	51 - Nome do Profissional
Assinatura do Responsável pelo Atendimento			
52 - Data de Realização do Procedimento em Série	53 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54 - UF	55 - Código CBO
56 - Data de Realização do Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Contratado	59 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento
60 - Total de Procedimentos (R\$)	61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	62 - Total de CPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)	66 - Assinatura do Contratado	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Assinatura do Responsável pelo Atendimento			
Assinatura do Responsável			
Data/Hora 23/06/2023 12:33:22			
Contat/Lote			
Impresso por MARCELO ASINELLI			
Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA			
**			

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		10 - Nome		N	
23/06/2023		12022001		23/07/2023		KEVIN NICOLAS ARAUJO FALCAO			
Dados do Beneficiário									
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
12022				KEVIN NICOLAS ARAUJO FALCAO				N	
Dados Solicitante									
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
84781632000120		ND NUCLEO DIAGNOSTICO		VICTOR H. MORETTI		06		31240	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados									
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		18 - UF		19 - Código CBO	
1		23/06/2023				PR		225320	
24 - Tabela									
25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qtde.		28 - Qtde. Aut.		29 - Código CNES	
22		41101286 RM - Cota (unilateral)		1,00		1,00		2586681	
Dados do Contratado Executante									
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente	
84781632000120		ND NUCLEO DIAGNOSTICO		2586681		05		9	
Dados do Atendimento									
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do		36 - Data	
05		9		1				23/06/2023	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados									
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
23/06/2023		19:05:00 a 19:30:00		19:05:00 a 19:30:00		22		41101286	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)									
48 - Seq.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho	
								Profissional	
53 - Número no conselho									
54 - UF									
55 - Código CBO									
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série									
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
58 - Observação / Justificativa									
59 - Total de Procedimentos R\$									
60 - Total de Taxas e Aluguéis R\$									
61 - Total de Materiais R\$									
62 - Total de OPME R\$									
63 - Total 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									

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Kevin Nicolas Araujo Falcão

Nº da Carteira: 2.37.7608

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 10/06/2009

Nº da Guia: 12022.001



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
23/06/2023	14:56:21	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Distensão na coxa

Partes do corpo

Coxa Direita

Descrição

O aluno no recreio jogando futebol e sentiu a dor na coxa quando foi correr.

Testemunha da ocorrência

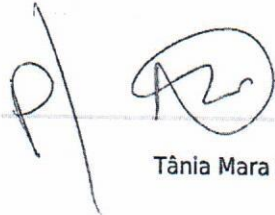
Nailson

Telefone

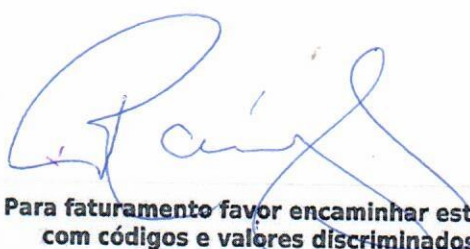
(41) 3051-8660

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Motivo do Retorno

Ass.: 

Tânia Mara Luz De Oliveira


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

1 - Registro ANS 372609		3 - Número da Guia Principal		4 - Data da autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome Kevin nicolas A. Faleiro		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN			
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número do Conselho		18 - UF	
19 - Nome do Profissional Solicitante		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Victor H. Moreira		21 - Assinatura do Profissional Solicitante Cirurgia Quadril / Joelho		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica Dor na coxa Din - Dist. miaba		24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento ou Item assistencial		26 - Descrição		27 - Qlde. Solic. 28 - Qlde. Aut.		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data		37 - Hora Inicial	
38 - Hora final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qlde.		43 - Via	
44 - Téc.		45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário-R\$		47 - Valor Total-R\$		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		57 - 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 Medicinais R\$		65 - Total Geral R\$		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional		70 - Assinatura do Profissional		71 - Assinatura do Profissional		72 - Assinatura do Profissional		73 - Assinatura do Profissional	

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha	
29/06/2023		12050001		26/07/2023	
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome	
ADVENTISTA		31/12/2023		PAULO MARCELO BRANCO FILHO	
11 - Cartão Nacional de Saúde					
12 - Atendimento a RN					
N					
Dados Solicitante					
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante	
84781632000120		ND NUCLEO DIAGNOSTICO		LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER	
16 - Nome do Profissional Solicitante		17 - Número no Conselho		18 - UF	
LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER		17202		PR	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados					
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
1		29/06/2023			
24 - Tabela					
25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qtd.	
22		41101316		1,00	
28 - Qtd. Aut.					
1,00					
Dados do Contratado Executante					
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
84781632000120		ND NUCLEO DIAGNOSTICO		2586681	
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença)		34 - Tipo de Consulta	
05		9		1	
35 - Motivo de Encerramento do					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	
29/06/2023		19:05:00 a 19:30:00		22	
39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
22		41101316		RM - Articular (por articulação)	
42 - Qtd.					
1,00					
43 - Via					
1					
44 - Tec.					
1					
45 - Fator Red. / Acresc.					
1,00					
46 - Valor Unitário - R\$					
787,68					
47 - Valor Total - R\$					
787,68					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48 - Seq.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF	
				51 - Nome do Profissional	
				52 - Conselho	
				Profissional	
				53 - Número no conselho	
				54 - UF	
				55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série					
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
58 - Observação / Justificativa					
59 - Total de Procedimentos R\$					
787,68					
60 - Total de Taxas e Aluguéis R\$					
0,00					
61 - Total de Materiais R\$					
0,00					
62 - Total de OPME R\$					
0,00					
63 - Total de Medicamentos R\$					
0,00					
64 - Total de Gases Medicinais R\$					
0,00					
65 - Total Geral R\$					
787,68					
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
68 - Assinatura do Contratado					
em anexo					

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Paulo Marcelo Branco Filho

Nº da Carteira: 2.37.4845

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM

Data de Nascimento: 17/03/2008

Nº da Guia: 12050.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
26/06/2023	15:12:39	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno estava na aula de Ed. Física desequilibrou e torceu o joelho esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nailson	(41) 3051-8660

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Motivo do Retorno

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

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

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 12/12/2023		10 - Nome PAULO MARCELO BRANCO FILHO	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N		13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
15 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ ROBERTO PINTO REBELLO RUCKER		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 17202		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação 26/06/2023	
23 - Indicação Clínica ENTORSE DO JOELHO ESQ - LESÃO DE LCA (??)		24 - Tabela 2		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 41101316		26 - Descrição RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)	
27 - Ql Solic. 7		28 - Ql Autoriz. 0		29 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	
31 - Código CNES 3005585		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr Inicial 38 - Hr Final		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qlde 43 - Via		44 - Tec		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)		48 - Sit Ref		49 - Gr Part		50 - Código na operacional/CPF	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF	
55 - Código CBO		56 - Data de Realização do Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Contratado	
67 - Assinatura do Responsável pela Autorização		68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
71 - Total de Procedimentos (R\$)		72 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		73 - Total Taxas de Materiais (R\$)		74 - Total de OPME (R\$)	
75 - Total de Medicamentos (R\$)		76 - Total Gases Medicinais (R\$)		77 - Total Geral (R\$)		78 - Assinatura do Contratado	
79 - Assinatura do Responsável pela Autorização		80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		81 - Assinatura do Responsável pela Autorização		82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
83 - Assinatura do Responsável pela Autorização		84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		85 - Assinatura do Responsável pela Autorização		86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
87 - Assinatura do Responsável pela Autorização		88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		89 - Assinatura do Responsável pela Autorização		90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
91 - Assinatura do Responsável pela Autorização		92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		93 - Assinatura do Responsável pela Autorização		94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
95 - Assinatura do Responsável pela Autorização		96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		97 - Assinatura do Responsável pela Autorização		98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
99 - Assinatura do Responsável pela Autorização		100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		101 - Assinatura do Responsável pela Autorização		102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
103 - Assinatura do Responsável pela Autorização		104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		105 - Assinatura do Responsável pela Autorização		106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
107 - Assinatura do Responsável pela Autorização		108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		109 - Assinatura do Responsável pela Autorização		110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
111 - Assinatura do Responsável pela Autorização		112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		113 - Assinatura do Responsável pela Autorização		114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
115 - Assinatura do Responsável pela Autorização		116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		117 - Assinatura do Responsável pela Autorização		118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
119 - Assinatura do Responsável pela Autorização		120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		121 - Assinatura do Responsável pela Autorização		122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
123 - Assinatura do Responsável pela Autorização		124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		125 - Assinatura do Responsável pela Autorização		126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
127 - Assinatura do Responsável pela Autorização		128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		129 - Assinatura do Responsável pela Autorização		130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
131 - Assinatura do Responsável pela Autorização		132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		133 - Assinatura do Responsável pela Autorização		134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
135 - Assinatura do Responsável pela Autorização		136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		137 - Assinatura do Responsável pela Autorização		138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
139 - Assinatura do Responsável pela Autorização		140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		141 - Assinatura do Responsável pela Autorização		142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
143 - Assinatura do Responsável pela Autorização		144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		145 - Assinatura do Responsável pela Autorização		146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
147 - Assinatura do Responsável pela Autorização		148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		149 - Assinatura do Responsável pela Autorização		150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
151 - Assinatura do Responsável pela Autorização		152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		153 - Assinatura do Responsável pela Autorização		154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
155 - Assinatura do Responsável pela Autorização		156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		157 - Assinatura do Responsável pela Autorização		158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
159 - Assinatura do Responsável pela Autorização		160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		161 - Assinatura do Responsável pela Autorização		162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
163 - Assinatura do Responsável pela Autorização		164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		165 - Assinatura do Responsável pela Autorização		166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
167 - Assinatura do Responsável pela Autorização		168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		169 - Assinatura do Responsável pela Autorização		170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
171 - Assinatura do Responsável pela Autorização		172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		173 - Assinatura do Responsável pela Autorização		174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
175 - Assinatura do Responsável pela Autorização		176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		177 - Assinatura do Responsável pela Autorização		178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
179 - Assinatura do Responsável pela Autorização		180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		181 - Assinatura do Responsável pela Autorização		182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
183 - Assinatura do Responsável pela Autorização		184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		185 - Assinatura do Responsável pela Autorização		186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
187 - Assinatura do Responsável pela Autorização		188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		189 - Assinatura do Responsável pela Autorização		190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
191 - Assinatura do Responsável pela Autorização		192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		193 - Assinatura do Responsável pela Autorização		194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
195 - Assinatura do Responsável pela Autorização		196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					

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

2 - N° Guia no Prestador 12197001

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data da Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN											
03/07/2023		12/19/001		03/09/2023		12/19/001		12/19/001		VINICIUS DRUM TEIXEIRA		N											
Dados do Beneficiário				8 - Número da Carteira				9 - Validade da Carteira				10 - Nome											
ADVENTISTA				ADVENTISTA				31/12/2023				VINICIUS DRUM TEIXEIRA											
Dados Solicitante				13 - Código na Operadora				14 - Nome do Contratado				15 - Nome do Profissional Solicitante											
84781632000120				ND NUCLEO DIAGNOSTICO				ND NUCLEO DIAGNOSTICO															
21 - Caráter do Atendimento				22 - Data da Solicitação				23 - Indicação Clínica				16 - Conselho Profissional											
1				30/06/2023								17 - Número no Conselho											
24 - Tabela				25 - Código do Procedimento				26 - Descrição				18 - UF											
22				41101316				RM - Articular (por articulação)				19 - Código CBO											
Dados do Contratado Executante				30 - Nome do Contratado				31 - Código CNES				20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
84781632000120				ND NUCLEO DIAGNOSTICO				2586681															
32 - Tipo Atendimento				33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença)				34 - Tipo de Consulta				35 - Motivo de Encerramento do											
05				9				1															
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				36 - Data				37 - Hora Inicial				38 - Hora Final											
03/07/2023				16:35:00 a 17:00:00				22				41101316											
42 - Qtd.				43 - Via				44 - Tec.				45 - Fator Red. / Acresc.											
1,00				1				1				1,00											
46 - Valor Unitário - R\$				47 - Valor Total - R\$				48 - Seq.				49 - Grau Part.											
787,68				787,68				50 - Código na Operadora/CPF				51 - Nome do Profissional											
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				52 - Conselho Profissional				53 - Número no conselho				54 - UF											
				Profissional				55 - Código CBO															
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série												57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -												1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -											
58 - Observação / Justificativa																							
59 - Total de Procedimentos R\$												60 - Total de Taxas e Aluguéis R\$											
787,68												0,00											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização												67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
												em anexo											
63 - Total Medicamentos R\$												64 - Total de Gases Medicinais R\$											
0,00												0,00											
65 - Total Geral R\$												68 - Assinatura do Contratado											
0,00												787,68											

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Vinicius Drum Teixeira
Nº da Carteirinha: 2.78.1607
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 09/03/2009

Nº da Guia: 12197.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
03/07/2023	09:01:44	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Esquerdo

Descrição

O aluno estava n aula de educação física correndo quando torceu seu tornozelo sozinho .

Testemunha da ocorrência

Prof. Felipe

Telefone

(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros

Monitor Gabriel

Data

30/06/2023

Local de atendimento

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Endereço

Rua XV de Novembro

Nº

222
3

Bairro

Alto da Xv

Telefone

(41) 3218-2000
(41)3218-2181

Motivo do Retorno

Autorização exame ressonância.

Ass.:

Lucinéia Rosa Breginski Nunes

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



2 - N° Guia no Prestador 36

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Principal		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 2781607		9 - Validade da Carteira 12/12/2023		10 - Nome VINICIUS DRUM TEIXEIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 76530518000107		14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		15 - Conselho Profissional 06		16 - Número no Conselho 45201		17 - UF 41	
15 - Nome do Profissional Solicitante ABNER ALVES FERREIRA		22 - Data da Solicitação 30/06/2023		23 - Indicação Clínica TORNOZELO ESQUERDO;		24 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 41101316		26 - Descrição RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	
1		22		41101316		RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		24 - Nome do Contratado		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Indicação Clínica		28 - Nome do Contratado		29 - Código da Operadora	

88xh8hdb (2h)

987985886 (11)

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Klisciane Rayssa dos Santos Carmo
Nº da Carteirinha: 3.6.6227
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 12/07/2008

Nº da Guia: 11533.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
01/06/2023	12:43:22	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito, Calcanhar Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Torceu o tornozelo na aula de educação física. Inchado e dolorido. Encaminhada ao setor ambulatorial.

Testemunha da ocorrência

Professor Ricardo

Telefone

(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Larissa e Janaína

Data

26/05/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Motivo do Retorno

Aluna não consegue vir ao colégio. Pé inchado, dolorido e está perdendo aulas sem justificativa, visto que não há atestado desses dias. Solicitamos atenção nesse caso e se possível encaminhar ao especialista. Agradecemos.

Ass.:

Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar

Jaques Henrique De Oliveira

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 33

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome KLISCIANE RAYSSA DOS SANTOS CARMO	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 366227	13 - Código da Operadora 76530518000107	14 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	15 - Nome do Profissional Solicitante MARIANA RIECHI AMATNECKS	16 - Número do Cartão Nacional de Saúde
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação 01/06/2023	23 - Indicação Clínica LESÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO, TRAUMA TORCIONAL HÁ 1 SEMANA. PIORA DA DOR.	24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item da Tabela 41101308
Dados do Contratado				
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado HOSPITAL XV LTDA	31 - Código CNES 3005585		
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento
41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Téc.	45 - % Red / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operador/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO		
56 - Data de Realização de Procedimento em Série				
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de 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				
69 - Assinatura do Contratado				
70 - Assinatura do Contratado				
71 - Assinatura do Contratado				
72 - Assinatura do Contratado				
73 - Assinatura do Contratado				
74 - Assinatura do Contratado				
75 - Assinatura do Contratado				
76 - Assinatura do Contratado				
77 - Assinatura do Contratado				
78 - Assinatura do Contratado				
79 - Assinatura do Contratado				
80 - Assinatura do Contratado				
81 - Assinatura do Contratado				
82 - Assinatura do Contratado				
83 - Assinatura do Contratado				
84 - Assinatura do Contratado				
85 - Assinatura do Contratado				
86 - Assinatura do Contratado				
87 - Assinatura do Contratado				
88 - Assinatura do Contratado				
89 - Assinatura do Contratado				
90 - Assinatura do Contratado				
91 - Assinatura do Contratado				
92 - Assinatura do Contratado				
93 - Assinatura do Contratado				
94 - Assinatura do Contratado				
95 - Assinatura do Contratado				
96 - Assinatura do Contratado				
97 - Assinatura do Contratado				
98 - Assinatura do Contratado				
99 - Assinatura do Contratado				
100 - Assinatura do Contratado				