



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

2 - Nº Guia no Prestador: 21857

1 - Registro ANS	0	5 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		6 - Data Validada da Semana	
8 - Número da Carteira	2377939	9 - Validade da Carteira	
Dados do Beneficiário		10 - Nome	ISABELLI ADAM TOLER
8 - Número da Carteira		11 - Cartão Nacional de Saúde	
7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora		12 - Atendimento a RN	N
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora	76591569000130	14 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
15 - Nome do Profissional Solicitante	MARISTELA GOMES GONCALVES	16 - Conselho Profissional	6
17 - Número no Conselho	10518	18 - UF	41
19 - Código CBO	225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter Atendim.	2	22 - Data da Solicitação	26/03/2024
23 - Indicação Clínica		24 - Tabala	22
25 - Código do Procedimento	10101039	26 - Descrição	Consulta em pronto socorro
27 - Cide. Solic.	1	28 - Cide. Aut.	1
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada)	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data	26/03/2024	37 - Hora Inicial	08:44
38 - Hora Final		39 - Tabala	
40 - Código do Procedimento	10101039	41 - Descrição	EM PRONTO SOCORRO
42 - Cide.		43 - Via	
44 - Tec.		45 - Fat Red/Acres	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	156,00
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref.	49 - Grau Part.	50 - Código na operador/CPF	51 - Nome do Profissional
52 - Cons Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
1 -	/	/	
2 -	/	/	
3 -	/	/	
4 -	/	/	
5 -	/	/	
6 -	/	/	
7 -	/	/	
8 -	/	/	
9 -	/	/	
10 -	/	/	
59 - Total Procedimentos (R\$)			
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)			
61 - Total Materiais (R\$)			
62 - Total do CAME (R\$)			
63 - Total de Medicamentos (R\$)			
64 - Total de Casos Medicinas (R\$)			
65 - Assinatura do Contratado			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			

Impresso por: MARISTELA. Data/Hora: 26/03/2024 17:56:38

Atendimento: 4292287

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



4292287

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabelli Adam Toler
Nº da Carteira: 2.37.7939
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 25/03/2015

Nº da Guia: 16280

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/03/2024	15:36:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Desmaio

Partes do corpo

Rosto, Lábios

Descrição

A aluna estava na fila do lanche, se sentiu mal e desmaiou.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

Local de atendimento

Hospital Pequeno Príncipe

Endereço

Rua Desembargador Motta

Nº

107
0

Bairro

Água Verde, Curitiba
- PR

Telefone

(41) 3310-1000
(41) 3310-1326

Observações

A aluna foi atendida na orientação educacional, colocado gelo no local, informado a responsável e encaminhado ambos para o hospital de referência.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

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