



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

2 - Nº Guia no Prestador 4321055000000

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
000000			
4 - Data da Autorização		5 - Sembr	
23/04/2024		17133	
6 - Data Validade da Sembr		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
		22297	
8 - Número da Carteira			
2116407		9 - Validade da Carteira	
		31/05/2024	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
JULIANA OLIVEIRA CIDRAL DA COSTA		N	
12 - Atendimento a RN			
13 - Código na Operadora			
76591569000130		14 - Nome do Contratado	
ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		15 - Nome do Profissional Solicitante	
JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO		16 - Conselho Profissional	
6		17 - Número no Conselho	
26551		18 - UF	
41		19 - Código CBO	
225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter Atendimento			
22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
23/04/2024			
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento		26 - Descrição	
27 - QI Solic.			
28 - QI Autoriz.			
29 - Código na Operadora			
76591569000130		30 - Nome do Contratado	
ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO		31 - Código CNES	
15563			
32 - Tipo Atendimento			
33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
04		1	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data			
37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	
13:46:00		13:46:00	
39 - Tabela		40 - Procedimento	
40804089		41 - Descrição	
RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)		42 - Cite	
001		43 - Via	
1,00		44 - Tec	
73,28		45 - Fator Red/Acresc	
73,28		46 - Valor Unitário (R\$)	
73,28		47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq Rel.			
49 - Grau Pat.		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 - Assinatura do Contratado	
1 - / /		2 - / /	
3 - / /		4 - / /	
5 - / /		6 - / /	
7 - / /		8 - / /	
9 - / /		10 - / /	
59 - Observações / Justificativa			
60 - Total Procedimentos (R\$)		61 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)	
73,28		0,00	
62 - Total de Materiais (R\$)		63 - Total de OPME (R\$)	
0,00		0,00	
64 - Total de Medicamentos (R\$)		65 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
0,00		0,00	
66 - Total Geral (R\$)		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
73,28			
68 - Assinatura do Contratado			





1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal 4321055000000
4 - Data da Autorização 23/04/2024	5 - Senha 17133
6 - Data Validade da Senha 22297	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22297	

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 2116407	9 - Validade da Carteira 31/05/2024	10 - Nome JULIANA OLIVEIRA CIDRAL DA COSTA	11 - Cartão Nacional de Saúde 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 JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 26551	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura de Profissional Solicitante
---	---------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados	21 - Caracter Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 23/04/2024	23 - Indicação Clínica
--	--------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição
-------------	-----------------------------	----------------

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora 59	30 - Nome do Contratado JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO	31 - Código CNES 15563
--------------------------------	--------------------------------	---	---------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	-----------------------------	---	----------------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 23/04/2024	37 - Hora Inicial 13:19:11	38 - Hora Final 13:19:11	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039	41 - Descrição Consulta em pronto socorro	42 - Qtd 001	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Real/Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	-------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------	-------------------------------	--	-----------------	----------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Seq. Ref.	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 - Observações / Justificativa
---	--	----------------------------------

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 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
---	--	-------------------------------

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal 4321055000000

4 - Data da Autorização 23/04/2024 5 - Senha 17133

6 - Data Validade da Senha 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 22297

8 - Número da Carteira 2116407 9 - Validade da Carteira 31/05/2024 10 - Nome JULIANA OLIVEIRA CIDRAL DA COSTA 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 JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 26551 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Caráter Atendim. 2 22 - Data de Solicitação 23/04/2024 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 59 30 - Nome do Contratado JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO 31 - Código CNES 15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 04 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 1 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 23/04/2024 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 13:19:11 39 - Tabela 40 - Procedimento 10101039 41 - Descrição Consulta em pronto socorro 42 - Qtd 001 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. Rel. 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

1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

SIMONE.BUENO Data/Hora: 23/04/2024 13:20:34 Contalote: 2382348 Atendimento: 4321055 Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2382348

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Juliana Oliveira Cidral da Costa

Nº da Carteirinha: 2.11.6407

Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM

Data de Nascimento: 24/12/2010

Nº da Guia: 17133



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/04/2024	12:01:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

A aluna estava jogando handebol, quando ao tentar fazer o gol, torceu o pé esquerdo, sentindo bastante dor no momento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Regiane Xavier	(41) 3225-1920

Quem prestou primeiros socorros	Data
Fabiola Pinto	23/04/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	1070	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

A aluna foi atendida pela monitora, onde foi colocado gelo no local.

Ass.: _____


Tiago Rocha
Coordenador Disciplinar
Tiago Rocha 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

Prontuário: 386436

Pedido: 1847921

Atend: 4321055

Paciente: **Juliana Oliveira Cidral Da Costa**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Joao Caetano Munhoz Abdo

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 23/04/2024

Dt Imagem: 23/04/2024

Dt Laudo: 23/04/2024 16:19:12

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO

Exame realizado em equipamento de Radiologia Digital.

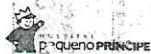
Estrutura óssea normal.

Relações articulares mantidas.

*O Centro de Imagem segue o princípio ALARA (as low as reasonably achievable radiation dose) que utiliza a menor dose de radiação necessária para a realização dos exames.



Dr. Marco Antonio Nicolodelli
CRM/PR: 14.702



Isa

Prescrição: 6526909 Data Prescrição: 23/04/2024 13:42
Setor Solic: EMERGENCIA CONVENIOS NR Carteira: 2116407
Atendimento: 4321055 Validade:
Paciente...: 386436 - JULIANA OLIVEIRA CIDRAL DA COSTA Nasc: 24/12/2010 13a 3m 29d
Origem Atd.: EMERGENCIA CONVENIOS Classificação de Risco: N URG
Convênio...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Serviço: ORTOP. E TRAUMATOLOGIA PEDIAT.
Prestador...: 26551 JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO
Acomodação...: Leito:
Unid Intern:
Cid.....: S900 CONTUSÃO DO TORNOZELO Usuário: JOAO.ABDO

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado

Para: RADIOLOGIA

Prescrição: 

Exames:	Qtd.	Pedido	Data Coleta	Material	Loc. Anatômico	Accession Number	Cod. Fatur.
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA TORNOZELO	1	 1422398	23/04/2024 13:42			 1847921	32040091 AT
Observação: AP + PERFIL ----- LADO ESQUERDO							

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO
CRM 26551

4321055000000

000000

23/04/2024

17133

22297

2116407

31/05/2024

JULIANA OLIVEIRA CIDRAL DA COSTA

11 - Cartão Nacional de Saúde

N

76591569000130

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

JOAO CAETANO MUNHOZ ABDO

6

26551

41

19 - Código CBO

225270

21 - Cardter Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

23/04/2024

23 - Indicação Clínica

76591569000130

ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15563

04

9

34 - Tipo de Consulta

1

36 - Data

1 23/04/2024

37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela

13:46:00 13:46:00 22

40804089

41 - Descrição

RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)

42 - Cide

001

43 - Via

001

44 - Tec

001

45 - Fator Red/Acresc

1.00

46 - Valor Unitário (R\$)

73.28

47 - Valor Total (R\$)

73.28

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

58 - Assinatura do Contratado

135.44

ISABELLA.

null

2382348

4321055

CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



2382348

1 1

4321055