



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

2 - Nº Guia no Prestador 4299824000000

1 - Registro ANS 000000 2 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização 03/04/2024 5 - Senha 16463 6 - Data Validade da Senha 31/12/2024 7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora 16463

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 16463 9 - Validade da Carteira 31/12/2024 10 - Nome MARIA CLARA WOLSKI RIBAS GERREZ 11 - Cartão Nacional de Saúde 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 LEILA DERVICHE 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 12541 18 - UF 41 19 - Código CBO 225124 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados 21 - Caracter Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 03/04/2024 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - QI-Solic. 28 - QI-Atend.

Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 76591569000130 30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO 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	37-Hora Inicial	38-Hora Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42 - QIde	43-Via	44-Tec	45- Fator Red./Acesso	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1 03/04/2024	13:54:00	13:54:00	22	40801063	RX - SEIOS DA FACE; F.N. - M.N. - LAT. - HIRTZ	001			1,00	80,75	80,75

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sen. Rel. 49 - Grau Prof. 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\$) 80.75 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total 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\$) 80.75

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

1 - Registro ANS
0

8 - Número do Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Sessão

6 - Data Validação da Sessão

7 - Número do Guia Anulado pelo Operador

Beneficiário

8 - Número da Carteira

16463

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MARIA CLARA WOLSKI RIBAS GEREZ

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
N

Endos do Solicitante

13 - Código na Operadora

59

14 - Nome do Contratado

LEILA DERVICHE

15 - Nome do Profissional Solicitante

LEILA DERVICHE

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

12541

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
CRM 12541

Endos da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Carteira Atendim.

2

22 - Data da Solicitação

03/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

22

25 - Código do Procedimento

40801063

26 - Descrição
RX - SEIOS DA FACE F.N. - M.N. - LAT. - HIRTZ

27 - Qtd. Solic.

1

28 - Qtd. Aut.

Endos de Contrato Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE PROTEÇÃO INFÂNCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES
15563

Endos de Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Reacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Endos 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 - Fiel Real/Atenc.

46 - Valor Unitário(R\$)

47 - Valor Total(R\$)

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Cons. Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Grau Part.

50 - Código na operadora/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 - / /

57 - Observações / Justificativa

58 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gastos Materiais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ACESSOPRD

Data/Hora: 03/04/2024 13:54:50

Atendimento: 4299824

Convento: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

4299824





gusmao

Prescrição.: 6477621 Data Prescrição: 03/04/2024 13:54
Setor Solic: EMERGENCIA CONVENIOS NR Carteira: 16463
Atendimento: 4299824 Validade:
Paciente...: 419494 - MARIA CLARA WOLSKI RIBAS GEREZ Nasc: 23/09/2017 6a 6m 10d
Origem Atd.: EMERGENCIA CONVENIOS Classificação de Risco: URG
Convênio...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA Serviço: PEDIATRIA
Prestador...: 12541 LEILA DERVICHE
Acomodação.: Leito:
Unid Intern:
Cid.....: S012 FERIMENTO DO NARIZ Usuário: LEILA.DERVICHE

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 SEIOS DA FACE FN - MN - LAT - HIRTZ	1	 1413953	03/04/2024 13:54			 1836423	32010087 AT
		Observação:	rx de osso nasal				



Dra. Leila Derviche
Pediatra
CRM 12541

LEILA DERVICHE
CRM 12541

Prontuário: 419494

Pedido: 1836423

Atend: 4299824

Paciente: **Maria Clara Wolski Ribas Gerez**

Convênio: CLINICA

Médico Solicitante: Leila Derviche

ADVENTISTA DE CURITIBA

EMPRESARIAL

Dt Pedido: 03/04/2024

Dt Imagem: 03/04/2024

Dt Laudo: 05/04/2024 14:12:47

RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE

Incidências: Waters, Caldwell e perfil (P).

Análise:

Espessamento da mucosa do seio maxilar direito.

Estrutura óssea íntegra.

*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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Clara Wolski Ribas Gerez
Nº da Carteira: 3.26.9637
Instituição: Colégio Adventista Portão - EIEFM



Data de Nascimento: 23/09/2017

Nº da Guia: 16463

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/04/2024	11:41:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

Rosto

Descrição

A aluna estava realizando a atividade, ao fim da quadra, ela segurou nas redes de proteção e acabou caindo com o rosto no chão, batendo o nariz.

Testemunha da ocorrência

Fabio

Telefone

(41) 3028-5430

Quem prestou primeiros socorros

Gabrielle

Data

03/04/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital Pequeno Príncipe	Rua Desembargador Motta	107 0	Água Verde, Curitiba - PR	(41) 3310-1000 (41) 3310-1326

Observações

A aluna estava realizando a atividade, ao fim da quadra, ela segurou nas redes de proteção e acabou caindo com o rosto no chão, batendo o nariz. O local teve inchaço e a aluna se queixou de dores, foi feita aplicação de gelo no local. Desta forma segue o encaminhamento para atendimento.

76.726.884/0016-04
INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA
DE EDUCAÇÃO

Ass.:

Keisy Christine Do Amaral

Keisy Christine Do Amaral

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA DA MADRE DE DEUS Nº 707
PORTÃO - CEP 010/4-000

CURITIBA - PR

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