



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

2 - Nº Guia no Prestador 4271917000000

1 - Registro ANS 000000		5 - Número da Guia Principal 4271917000000	
4 - Data de Autorização 06/03/2024		5 - Senha 15734	
6 - Data Validade da Senha 15734		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 15734	
8 - Número da Carteira 15734		9 - Validade da Carteira 31/12/2024	
10 - Nome VALENTINA VICTORIA DOS SANTOS		11 - Cartão Nacional da 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 MARISTELA GOMES GONCALVES		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 10518		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dra Maristela Gomes	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados			
21 - Caráter Atendim. 2		22 - Data da Solicitação 06/03/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento		26 - Descrição	
27 - Ql.Solic.		28 - Ql.Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 59		30 - Nome do Contratado MARISTELA GOMES GONCALVES	
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 1 06/03/2024	37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 16:40:55 16:40:55	39 - Tabela 22	40 - Procedimento 10101039
41 - Descrição Consulta em pronto socorro		42 - Cide 001	43 - Via 1.00
44 - Tec 1.00		45 - Fator Red./Acresc	46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) 158.00
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part.		50 - Código na operadora/CPP 51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho 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 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável EMANEXO			
58 - Assinatura do Contratado			
59 - Total Procedimentos (R\$) 175.36			
60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00			
61 - Total Material (R\$) 0.00			
62 - Total de OPVE (R\$) 0.00			
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00			
65 - Total Geral (R\$) 158.00			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valentina Victória dos Santos Papa
Nº da Carteira: 3.357.181
Instituição: Escola Adventista Colombo



Data de Nascimento: 01/04/2019

Nº da Guia: 15734

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/03/2024	16:25:00	Pátio	Salda

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cabeça

Descrição
caiu no pátio

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rael	(41) 3028-5054
Rael	(41) 3028-5054

Quem prestou primeiros socorros	Data
Rael	06/03/2024

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
caiu e bateu a cabeça

Ass.:


Larissa Lima Silva

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

Impresso por: Larissa Lima Silva

1 de 1

6/03/2024 16:31