

Convênio : ADVENTISTA
Contas do lote : 6126365 - ADVENTISTA EXAMES MAIO HOSPITAL WIN Data : 27/06/2024
Conta para o crédito : Agencia : Conta :
Previsão do crédito : 27/06/2024

| Conta | Data | Guia | Matrícula | Paciente | Médico | Total | Total Cred. | Desconto |
|-----------------------|------------|------------------|-----------|-------------------------|----------------|--------------------------|-------------|----------|
| 1410622-24 | 03/05/2024 | 10:58 1094389-24 | 2212949 | JOAO LUIS OLIVEIRA DA S | CLINICA MEDICA | 78,25 | 0,00 | 0,00 |
| 1410627-24 | 27/05/2024 | 18:03 1098840-24 | 26879202 | LEONARDO CORDEIRO ALVES | CLINICA MEDICA | 37,76 | 0,00 | 0,00 |
| 1410631-24 | 31/05/2024 | 11:49 1099335-24 | 2.21.4202 | JOAO LUCAS FERREIRA NAS | CLINICA MEDICA | 39,58 | 0,00 | 0,00 |
| Total de registros: 3 | | | | | | 155,59 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | | | Total lote com desconto: | 155,59 | |
| | | | | | | Total lote sem desconto: | 155,59 | |



Manoel Correia, 965,
Paranagua - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

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

2 - Nº Guia no prestador

0000000001094389-24

Atend. 1094389-24

Pág.: 1 de 1

| | | | | | |
|------------------|---|--|-----------|-------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal 1094389-24 | 4 - Data da Autorização 03/05/2024 | 5 - Senha | 6 - Data de validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 1094389-24 |
|------------------|---|--|-----------|-------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | | | |
|--|--------------------------|--|---|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira 2212949 | 9 - Validade da carteira | 10 - Nome completo JOAO LUIS OLIVEIRA DA SILVA FILHO | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN N |
|--|--------------------------|--|---|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

| | |
|---|--|
| 13 - Código na Operadora 76.019.231/0001-09 | 14 - Nome do Contratado CLINICA MEDICA SAO PAULO |
|---|--|

| | | | | | |
|--|--|---|----------------------|------------------------------------|---|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante MATHEUS PISA FREITAS | 16 - Conselho Profissional CRM | 17 - Número no Conselho 48280 | 18 - UF PR | 19 - Código CBO S 225125 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|--|--|---|----------------------|------------------------------------|---|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| | | |
|--|--|------------------------|
| 21 - Caráter do atendimento 12 | 22 - Data da Solicitação 03/05/2024 10:58:55 | 23 - Indicação Clínica |
|--|--|------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou item assistencial | 26 - Descrição | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--|-------------------------------|-------------------|-----------------|
| 22 | 40803112 | RX PUNHO | 1 | 1 |
| 22 | 40803120 | RX MAO OU QUIRODACTILO | 1 | 1 |

Dados do Contratado Executante

| | | |
|---|---|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora 76.019.231/0001-09 | 30 - Nome do Contratado CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA | 31 - Código CNES 3560430 |
|---|---|------------------------------------|

Dados do Atendimento

| | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|---|
| 32 - Tipo de Atendimento 15 | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 11 | 34 - Tipo de Consulta 10 | 35 - Motivo do Encerramento do Atendimento 12 |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|---|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 36 - Data | 37 - Hora inicial | 38 - Hora final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qtde. | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fator Red/Acrésc | 46 - Valor unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|-----------------------------|-------------------------------|------------|----------|-----------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| 03/05/2024 | 10:58 | | 22 | 40803112 | RX PUNHO | 1 | 1 | | | 40,49 | 40,49 |
| 03/05/2024 | 10:58 | | 22 | 40803120 | RX MAO OU QUIRODACTILO | 1 | 1 | | | 31,76 | 31,76 |

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

| 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 Procedimento em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |
| 1. ___/___/___ | 3. ___/___/___ |
| 2. ___/___/___ | 4. ___/___/___ |
| | 5. ___/___/___ |
| | 6. ___/___/___ |
| | 7. ___/___/___ |
| | 8. ___/___/___ |
| | 9. ___/___/___ |
| | 10. ___/___/___ |

58 - Observação / Justificativa

Clinica Médica São Paulo Ltda.
CNPJ: 76.019.231/0001-09

| | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 59 - Total do Procedimento (R\$) | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total de 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 |
|---|--|-------------------------------|

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Luis Oliveira da Silva Filho
Nº da Carteira: 2.21.2949
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 18/11/2011

Nº da Guia: 17443

| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 03/05/2024 | 10:09:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|------------------------------------|
| Torção | Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Esquerda |

| Descrição |
|--|
| A bola bateu na mão durante a atividade física, causando uma torção no polegar esquerdo. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|--------------------------|----------------|
| Professor Willian | (41) 3427-8200 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---------------------------------|------------|
| Sandra Pedrozo Pinheiro | 03/05/2024 |

| Local de atendimento | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|--------------------------|-------------------|-----|----------|----------------|
| Clínica Médica São Paulo | Rua Manoel Corrêa | 965 | Palmital | (41) 3423-4466 |

| Observações |
|--|
| O aluno foi atendido pela monitora Sandra e encaminhado para avaliação médica. |

Ass.: 

Vanderlei Pinheiro

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 - 1ª Guia do Prestador

| | | | | | |
|------------------|------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal | 4 - Data de autorização | 5 - Série | 6 - Data de Validade da Série | 7 - Número da Guia Auxiliar pela Operadora |
|------------------|------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | | | |
|------------------------|--------------------------|---|-------------------------------|------------------------|
| 8 - Número da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome JOÃO LUIS OLIVEIRA DA SILVA FILHO | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Afiliamento a RUI |
|------------------------|--------------------------|---|-------------------------------|------------------------|

Dados do Solicitante

| | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------|---------|-----------------|--|
| 13 - Código na Operadora | 14 - Nome do Contratado | | | |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante | | | | |
| 16 - Conselho Profissional | 17 - Número do Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Matheus Costa Freire</i> RUI PR 18280 |

Dados da Solicitação / Procedimento ou Serviço Assistencial Solicitado

| | | | | |
|--|--------------------------|---|-------------------|------------------|
| 21 - Caracter de Atendimento U | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica TRAUMA EM MÃO ESQUERDA | 27 - Qtd. Sessões | 28 - Cuid. Post. |
|--|--------------------------|---|-------------------|------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou item assistencial | 26 - Descrição | 29 - Qtd. | 30 - Valor |
|-------------|--|--|-----------|------------|
| 1 | | RAIO-X DE MÃO E PUNHO AP E PERFIL | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

Dados do Contratante Especificar

| | |
|--------------------------|-------------------------|
| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado |
|--------------------------|-------------------------|

Dados do Atendimento

| | | | |
|--------------------------|---|-----------------------|--|
| 32 - Tipo de Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|--------------------------|---|-----------------------|--|

Procedimentos e Exames Realizados

| 36 - Data | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qtd. | 43 - Val. | 44 - Tec. | 45 - Valor Realiz. Pacem. | 46 - Valor Unif. RUI | 47 - Valor Total RUI |
|-----------|-------------------|-----------------|-------------|-----------------------------|----------------|-----------|-----------|-----------|---------------------------|----------------------|----------------------|
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |

Identificação do Profissional Contratado

| | | | | | | | |
|---------------|----------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| 48 - Sig. RUI | 49 - Grau Fun. | 50 - Código da Operadora/CPF | 51 - Nome do Profissional | 52 - Conselho Profissional | 53 - Número do Conselho | 54 - UF | 55 - Código CBO |
|---------------|----------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|

Assinaturas e Data de Realização do Procedimento em Série

| | | | |
|--|--|--|-------------------------------|
| 56 - Data da Realização do Procedimento em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 58 - Assinatura do Profissional Contratado | 59 - Assinatura do Contratado |
|--|--|--|-------------------------------|

Resumo Financeiro

| | | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------|--|------------------------------------|----------------------|
| 60 - Total Procedimento RUI | 61 - Total Taxas e Aluguéis RUI | 62 - Total Materiais RUI | 63 - Total OPIRE RUI | 64 - Total Outros Medicamentos RUI | 65 - Total Geral RUI |
| 66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento | | | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | | |



Manoel Correia, 965,
Paranagua - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

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

2 - Nº Guia no prestador

0000000001098840-24

Atend. 1098840-24

Pág.: 1 de 1

| | | | | | |
|------------------|---|--|-----------|-------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal 1098840-24 | 4 - Data da Autorização 27/05/2024 | 5 - Senha | 6 - Data de validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 1098840-24 |
|------------------|---|--|-----------|-------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | | | |
|---|--------------------------|--|---|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira 26879202 | 9 - Validade da carteira | 10 - Nome completo LEONARDO CORDEIRO ALVES | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN N |
|---|--------------------------|--|---|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

| | |
|---|--|
| 13 - Código na Operadora 76.019.231/0001-09 | 14 - Nome do Contratado CLINICA MEDICA SAO PAULO |
|---|--|

| | | | | | |
|---|--|--|----------------------|------------------------------------|---|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante ALI M. EL KADRI | 16 - Conselho Profissional CRM | 17 - Número no Conselho 7971 | 18 - UF PR | 19 - Código CBO S 225125 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|--|--|----------------------|------------------------------------|---|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| | | |
|---|--|------------------------|
| 21 - Caráter do atendimento [2] | 22 - Data da Solicitação 27/05/2024 18:03:21 | 23 - Indicação Clínica |
|---|--|------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou item assistencial | 26 - Descrição | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--|--|-------------------|-----------------|
| 22 | 40804089 | RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) | 1 | 1 |

Dados do Contratado Executante

| | | |
|---|---|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora 76.019.231/0001-09 | 30 - Nome do Contratado CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA | 31 - Código CNES 3560430 |
|---|---|------------------------------------|

Dados do Atendimento

| | | | |
|--|---|-------------------------------------|---|
| 32 - Tipo de Atendimento [5] | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) [1] | 34 - Tipo de Consulta [0] | 35 - Motivo do Encerramento do Atendimento [12] |
|--|---|-------------------------------------|---|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 36 - Data | 37 - Hora inicial | 38 - Hora final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qtde. | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fator Red/Acrésc. | 46 - Valor unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|-----------------------------|--|------------|----------|-----------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| 27/05/2024 | 18:03 | | 22 | 40804089 | RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) | 1 | 1 | | | 31,76 | 31,76 |

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

| 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 Procedimento em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |
| 1. ___/___/___ | 3. ___/___/___ |
| 2. ___/___/___ | 4. ___/___/___ |
| | 5. ___/___/___ |
| | 6. ___/___/___ |
| | 7. ___/___/___ |
| | 8. ___/___/___ |
| | 9. ___/___/___ |
| | 10. ___/___/___ |

58 - Observação / Justificativa

| | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 59 - Total do Procedimento (R\$) | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total de 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Leonardo Cordeiro Alves
Nº da Carteira: 2.21.4139
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 19/02/2015

Nº da Guia: 18138



| Data da Ocorrência | Horário | Local | Atividade |
|--------------------|----------|--------|-------------------------|
| 27/05/2024 | 17:15:00 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|--------------------|
| Torção | Tornozelo Esquerdo |

Descrição

Durante a aula de educação física o aluno torceu o pé.

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|--------------------------|----------------|
| Professor Willian | (41) 3427-8200 |

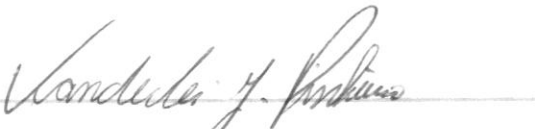
| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---------------------------------|------------|
| Sandra Pedrozo | 27/05/2024 |

| Local de atendimento | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|--------------------------|-------------------|-----|----------|----------------|
| Clínica Médica São Paulo | Rua Manoel Corrêa | 965 | Palmital | (41) 3423-4466 |

Observações

O aluno foi atendido pela monitora Sandra e encaminhado para verificação médica.

ASS.:


Vanderlei Pinheiro

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
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 de 1
1 de 1
1 de 1

27/05/2024 17:00
27/05/2024 17:00

Aduentista

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

2 - Nº Guia no Prestador

| | | | | | |
|------------------|------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|---|
| 1 - Registro ANS | 3 - Numero da Guia Principal | 4 - Data da autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora |
|------------------|------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|---|

Dados do Beneficiário

| | | | | |
|------------------------|--------------------------|--|-------------------------------|-----------------------|
| 8 - Numero da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome <i>Leonardo Cordino Alves</i> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|------------------------|--------------------------|--|-------------------------------|-----------------------|

Dados do Solicitante

| | |
|--------------------------|-------------------------|
| 13 - Código na Operadora | 14 - Nome do Contratado |
|--------------------------|-------------------------|

| | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|--|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número do Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Ali M. Karam El Karam</i> CRM-PR 7071 |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|--|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| 21 - Caráter de Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica <i>Intase - S83.4</i> |
|-----------------------------|--------------------------|---|

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou item assistencial | 26 - Descrição | 27 - Qtde. Solic | 28 - Qtde. Aut. |
|-----------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>R2* do Tomazelo E</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>AP + obl.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dados do Contratante Executante

| | | |
|--------------------------|-------------------------|------------------|
| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES |
|--------------------------|-------------------------|------------------|

Dados do Atendimento

| | | | |
|--------------------------|---|-----------------------|--|
| 32 - Tipo de Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|--------------------------|---|-----------------------|--|

Procedimentos e Exames Realizados

| 36 - Data | 37 - Hora inicial | 38 - Hora final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qtde. | 43 - Via | 44 - Téc. | 45 - Fator Red./Acresc. | 46 - Valor Unitário-R\$ | 47 - Valor Total-R\$ |
|-----------|-------------------|-----------------|--------------------------|-----------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1- / / | : | : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- / / | : | : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- / / | : | : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- / / | : | : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5- / / | : | : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--|
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |
| 1- / / | 3- / / |
| 2- / / | 4- / / |
| | 5- / / |
| | 6- / / |
| | 7- / / |
| | 8- / / |
| | 9- / / |
| | 10- / / |

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\$ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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



Manoel Correia, 965,
Paranagua - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

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

2 - Nº Guia no prestador

0000000001099335-24

Atend. 1099335-24

Pág.: 1 de 1

| | | | | | |
|------------------|---|--|-----------|-------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS | 3 - Número da Guia Principal 1099335-24 | 4 - Data da Autorização 31/05/2024 | 5 - Senha | 6 - Data de validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 1099335-24 |
|------------------|---|--|-----------|-------------------------------|--|

Dados do Beneficiário

| | | | | |
|--|--------------------------|---|---|-----------------------------------|
| 8 - Número da Carteira 2.21.4202 | 9 - Validade da carteira | 10 - Nome completo JOAO LUCAS FERREIRA NASCIMENTO DAS NEVES | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN N |
|--|--------------------------|---|---|-----------------------------------|

Dados do Solicitante

| | |
|---|---|
| 13 - Código na Operadora 53628393000220 | 14 - Nome do Contratado CLINICA SAO PAULO |
|---|---|

| | | | | | |
|---|--|---|----------------------|------------------------------------|---|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante ALI M. EL KADRI | 16 - Conselho Profissional CRM | 17 - Número no Conselho Profissional 7971 | 18 - UF PR | 19 - Código CBO S 225125 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|---|--|---|----------------------|------------------------------------|---|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| | | |
|--|--|------------------------|
| 21 - Caráter do atendimento 12 | 22 - Data da Solicitação 31/05/2024 11:49:56 | 23 - Indicação Clínica |
|--|--|------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou item assistencial | 26 - Descrição | 27 - Qtde. Solic. | 28 - Qtde. Aut. |
|-------------|--|-----------------------------|-------------------|-----------------|
| 22 | 40804097 | RX PE OU PODODACTILO | 1 | 1 |

Dados do Contratado Executante

| | | |
|---|---|------------------------------------|
| 29 - Código na Operadora 76.019.231/0001-09 | 30 - Nome do Contratado CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA | 31 - Código CNES 3560430 |
|---|---|------------------------------------|

Dados do Atendimento

| | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|---|
| 32 - Tipo de Atendimento 15 | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 11 | 34 - Tipo de Consulta 10 | 35 - Motivo do Encerramento do Atendimento 11 |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|---|

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

| 36 - Data | 37 - Hora inicial | 38 - Hora final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qtde. | 43 - Via | 44 - Tec. | 45 - Fator Red/Acrésc | 46 - Valor unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------------------|----------------|------------|----------|-----------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
| 31/05/2024 | 11:49 | 22 | 40804097 | RX PE OU PODODACTILO | | 1 | | | | 39,58 | 39,58 |

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

| 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 Procedimento em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |
| 1. / / | 3. / / |
| 2. / / | 4. / / |
| | 5. / / |
| | 6. / / |
| | 7. / / |
| | 8. / / |
| | 9. / / |
| | 10. / / |

58 - Observação / Justificativa

| | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| 59 - Total do Procedimento (R\$) | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) | 61 - Total de 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 |
|---|--|-------------------------------|

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Clinica Medica Sao Paulo Ltda.

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: João Lucas Ferreira Nascimento das Neves
Nº da Carteirinha: 2.21.4202
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 06/02/2013

Nº da Guia: 18077.002

| Data do Retorno | Horário | Local | Atividade |
|-----------------|----------|--------|-------------------------|
| 28/05/2024 | 09:24:41 | Quadra | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|---|--------------------------------|
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) | Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito |

| Descrição |
|--|
| O aluno estava em aula de Ed. Física e acabou machucando o dedo direito do pé após chutar a bola em falso, atingindo o colega (goleiro). |

| Testemunha da ocorrência | Telefone |
|--------------------------|----------------|
| Prof. William | (41) 3427-8200 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data |
|---------------------------------|------------|
| Prof. William | 24/05/2024 |

| Local de atendimento | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|--------------------------|-------------------|-----|----------|----------------|
| Clínica Médica São Paulo | Rua Manoel Corrêa | 965 | Palmital | (41) 3423-4466 |

| Motivo do Retorno |
|--|
| O aluno encaminhado a clínica, e o médico solicitou um exame de raio X. Pediu para retornar após uma semana. A data de retorno para dia 31/05 (sexta-feira). |

Ass.:


Leticia de Souza Martins

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

Adve

| | | | | | |
|------------------|------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|---|
| 1 - Registro ANS | 3 - Numero da Guia Principal | 4 - Data da autorização | 5 - Senha | 6 - Data de Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora |
|------------------|------------------------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|---|

Dados do Beneficiário

| | | | | |
|------------------------|--------------------------|--|-------------------------------|-----------------------|
| 8 - Numero da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome <i>JOÃO LUIS F. Nolasco</i> | 11 - Cartão Nacional de Saúde | 12 - Atendimento a RN |
|------------------------|--------------------------|--|-------------------------------|-----------------------|

Dados do Solicitante

| | |
|--------------------------|-------------------------|
| 13 - Código na Operadora | 14 - Nome do Contratado |
|--------------------------|-------------------------|

| | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|--|
| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional | 17 - Número do Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>Dr. Ali M. El Kadri CRM-PR. 7971</i> |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|--|

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

| | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| 21 - Caráter de Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica <i>S90</i> |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------------|

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou item assistencial | 26 - Descrição | 27 - Qtde. Solic | 28 - Qtde. Aut. |
|-----------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>Rx do Per Direto AP + obrigus</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5- <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dados do Contratante Executante

| | | |
|--------------------------|-------------------------|------------------|
| 29 - Código na Operadora | 30 - Nome do Contratado | 31 - Código CNES |
|--------------------------|-------------------------|------------------|

Dados do Atendimento

| | | | |
|--------------------------|--|-----------------------|--|
| 32 - Tipo de Atendimento | 33 - Indicação de Acidentes (acidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|--------------------------|--|-----------------------|--|

Procedimentos e Exames Realizados

| 36 - Data | 37 - Hora inicial | 38 - Hora final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qtde. | 43 - Via | 44 - Téc. | 45 - Fator Red./Acresc. | 46 - Valor Unitário-R\$ | 47 - Valor Total-R\$ |
|-----------|-------------------|-----------------|--------------------------|-----------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1- / / | : : | : : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- / / | : : | : : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- / / | : : | : : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- / / | : : | : : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5- / / | : : | : : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

| | | | | | | | |
|--------------|-----------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| 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 |
| 1- / / | 3- / / |
| 2- / / | 4- / / |

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 |
|---|--|-------------------------------|