



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

2 - Nº Guia no Prestador 24332

1 - Registro ANS 000000

8 - Número da Guia Principal 24332

4 - Data da Autorização 26/11/2024

5 - Senha 23483

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Arbulado pela Operadora 24332

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira 2376024

9 - Validade da Carteira 31/12/2024

10 - Nome GABRIEL PORTELLA ALVES

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 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 - Caracter Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 26/11/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.

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)

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-Qtd	43-Via	44-Tec	45-Fator Real/Acresc.	46-Valor Unitário (R\$)	47-Valor Total (R\$)
1 26/11/2024	19:41:39	19:41:39	22	10101039	Consulta em pronto socorro	001					
30/01/2024 - Duvidas - 01											

222,97

93,65

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

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 OPMs (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

JULIANA.

Data/Hora: 26/11/2024 23:57:57

Contat/Lote: 2494654

Atendimento: 4524730

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA



Aluno: Gabriel Portella Alves
Nº da Carteirinha: 2.37.6024
Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 13/10/2010

Nº da Guia: 23483

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/11/2024	18:20:00	Cortou Dedo na Escada Acesso Corredor	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Partes do corpo

Corte com instrumento ou objeto (Ex.: estilete, tesoura ou agulha)

Mão Direita, 4º Dedo Mão Direita

Descrição

O aluno estava subindo a escada de acesso à sala de aula do segundo andar e, ao girar a mão no corrimão de inox do corredor de acesso às salas, cortou o dedo anelar da mão direita. O local está fissurado e sangrou bastante.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Monitora Isabela

(41) 3051-8660

Quem prestou primeiros socorros

Data

a Mesma

26/11/2024

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital Pequeno Príncipe - Trauma de Cabeça

Rua Desembargador Motta

107
0

Água Verde,
Curitiba - PR

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

Observações

O aluno foi atendido pela monitora, que o encaminhou à administração escolar e o enviou a um hospital de referência. Será realizado contato com os responsáveis para levar o aluno à unidade de saúde recomendada.

Ass.:

Alexandro Gaspar
Vice Diretor Escolar

Alexandro Antônio Procópio Gaspar

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://sistema.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



DADOS DO PACIENTE

CODIGO 00132109

Nome Paciente: GABRIEL PORTELLA ALVES

Data Nasc: 13/10/2010

Resp. Legal 1: ALINE SOARES PORTELLA

Endereço: RUA OLIVO CARNASCIALI

Cidade: CURITIBA

Responsável: EDITE VIANA DOS SANTOS ALVES

Resp. Legal 2: ANDERSON VIANA ALVES

Número: 299

Bairro: CAJURU

Telefone: 4184707674

Idade: 14 Anos 1 Mês 13 Dias

Sexo: MASCULIN

CNS do Paciente:

Complemento: CASA

CEP: 82970190

Grau de Parentesco: AVO (A)

UF: PR

DADOS DO ATENDIMENTO

CODIGO 04524730

Médico(a): IGOR LEAL CLEMENTE LEMES

CRM: 45983

Unid. Internação:

Leito:

Matrícula: 2376024

Data/Hora: 26/11/2024 - 19:41

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Plano: EMPRESARIAL

Procedimento: 00010073 - CONSULTA HOSPITALAR URGENCIA/EMERGENCIA

Anamnese

História da Doença Atual (HDA)

14 anos

Fcc em 4 qdd

Exame Físico

Sem sangramento ativo

Superficial

Nv preservado

Diagnóstico

Fcc

Tratamento/Conduta

Realizado limpeza + sutura (1 ponto)

Oriento sinais de alarme

Retirar pontos em 7 dias

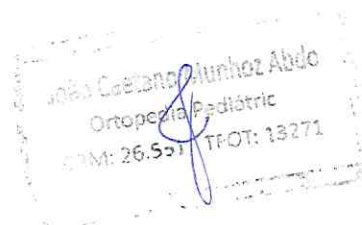
Prescrevo analgesia e ATB

Retorno

+ Dr Joao

Médico(a): IGOR LEAL CLEMENTE LEMES

CRM: 45983



Documento assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, resolução CFM 1821/2007, no sistema certificado SBIS-CFM nº 063, por:

Estado: Assinatura digital válida

IGOR LEAL CLEMENTE LEMES, CPF 05184423141, às 20:22 GMT-03:00 de 26/11/2024.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RELATÓRIO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (UTC-03:00).



Documento C468-V1882

