



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

2 - Nº Guia no prestador
00000000000925089-21

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS	
3 - Número da Guia Principal	0925089-21
4 - Data da Autorização	11/11/2021
5 - Senha	
6 - Data de validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	0925089-21

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	2213751
9 - Validade da carteira	
10 - Nome completo	GABRIELA DO ROCIO ROCHA DO ROSARIO
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

 Dr. Almir José Cordeiro

15 - Nome do Profissional Solicitante
ALMIR JOSE CORDEIRO

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho Profissional
12368

18 - UF
PR

19 - Código CBO 5
225125

CRM-PR 12368

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados	
21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação
21	11/11/2021 17:13:03
23 - Indicação Clínica	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item assistencial	26 - Descrição	Solicit.	Aut.
22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	

Dados do Contrato Executante	
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
76.019.231/0001-09	CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA
31 - Código CNEs	
3560430	

Dados do Atendimento	
32 - Tipo de Atendimento	<u>11</u>
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	<u>11</u>
34 - Tipo de Consulta	<u>101</u>
35 - Motivo do Encerramento do Atendimento	<u>121</u>

Dados 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 - Fator Red/Acresc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
11/11/2021	17:13		22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1			78,00	78,0

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
48 - Seq./Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	

56 - Data de Realização do 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 Cadeiras Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
----------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	---	------------------------

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



Clínica Médica São Paulo Ltda.

Pronto Socorro e Assistência Médica

CNPJ 76.019.231/0001-09

Gabriel do Rocio
Rocha do Rodrigo

Rx do Mrs
+severdi
AR+P

Dr. Almir José Cordeiro
CRM-PR. 12368

22/11/21

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriela do Rocio Rocha do Rosário
Nº da Carteirinha: 2.21.3751
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá

Data de Nascimento: 05/05/2012

Nº da Guia: 4490



Data da Ocorrência **Horário** **Local**
11/11/2021 16:50:00 Quadra

Atividade
Aula de educação física

O que aconteceu
Queda de mesmo nível

Partes do corpo
Abdomen, 1º Dedo Mão Esquerda, Genital

Descrição
A aluna caiu durante a Educação Física.

Testemunha da ocorrência
Prof. Sanderson

Telefone
(41) 3427-8200

Local de atendimento **Endereço**
Atendimento no próprio
estabelecimento

Nº **Bairro** **Telefone**

Observações
A aluna foi socorrida pela monitora.


Ass.: **Rafaela Aceti de Ávila**
Secretaria - ATO nº 01/2021
Rafaela Aceti de Ávila

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br