

Nº

03

RECIBO

Valor

600,00

Recebi (emos) de

Vincius deolive conti

Endereço

IAP - Ivethube

A importância de

600,00 reais

Referente

Avaliação Sistematizada

Para maior clareza firm

o presente.

Ivethube

04

de

dezembro

de

2024

Emitente

Isabelle T. Zenoni

CPF/RG

037430245

Assinatura

Isabelle T. Zenoni

tilibra

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

2 - Nº Guia no Prestador 343

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Pontual	
4 - Data de Autorização		5 - Sembr	
6 - Data Validade da Sembr		7 - Número da Guia Attribuída pelo Operadora	
8 - Número da Carteira 11112887		9 - Validade da Carteira 31/12/2025	
10 - Nome VINICIUS DA SILVA CONTI		11 - Número da Cartão Nacional de Saúde 898003455695851	
12 - Alinhamento a RDI N		13 - Código da Operadora 23876304000112	
14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	
16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 28684	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Contratado	
22 - Data da Solicitação 26/11/2024		23 - Indicação Clínica FORTELECIMENTO DE TORNOZELO	
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 20103484	
26 - Descrição PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EM UM MEMBRO		27 - Cx. Selo 15	
28 - Cx. Assent 9		29 - Código CBO 9365230	
30 - Código da Operadora 238763040001		31 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Atendimento (enfermagem ou tempo relacionado)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data		37 - Início	
38 - Fim		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtd		43 - Vlr	
44 - Tm		45 - % Red. Atenc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação dos Profissionais Envolvidos			
48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Prof.	
50 - Código da Operadora/CNP		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização do Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observações / Justificativas		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
60 - Total Procedimentos (R\$)		61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
62 - Total de Taxas de Materiais (R\$)		63 - Total de OPIE (R\$)	
64 - Total de Medicamentos (R\$)		65 - Total de Gases Medicinais (R\$)	
66 - Total Geral (R\$)		67 - Assinatura do Contratado	
68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		69 - Assinatura do Contratado	
Impresso por: SMACHADO		Data: 26/11/2024 10:53:20	
Conta: 8749870		Atendimento: 0749970	
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC		*8749870*	

SOBRE O ALICENCIAMENTO
ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA
CLAC 28 384 PROT 15 276

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Vinícius da Silva Conti
Nº da Carteirinha: 11.1.12887
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 28/03/2009

Nº da Guia: 22094.005



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
04/12/2024	14:59:24	Ginásio	Copa UNIMED

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluno em aquecimento para jogo da copa UNIMED em Maringá, refere entorse em tornozelo E após pular. Apresenta edema em região de maléolo lateral, refere algia ao movimentar o membro e dificuldade para deambular.

Testemunha da ocorrência

Gilberto

Telefone

(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros

Gilberto

Data

11/10/2024

Local de atendimento

Isabella Zanoní Fisioterapia

Endereço

Rua Edvaldo Labatut

Nº

1130

Bairro

Centro

Telefone

(44) 98807-6648

Motivo do Retorno

Autorização para 10 sessões de fisioterapia conforme solicitação médica. Indicação de fortalecimento de tornozelo esquerdo.

Ass.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Joselania Ramos Pazette Fagundes

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: Joselania Ramos Pazette
Fagundes

1 de 1

4/12/2024