



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

2 - Nº Guia no prestador
00000000001015879-23

Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
01

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
ALIM. EL KADRI

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
<u>121</u>	<u>15/03/2023 10:46:26</u>	

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
ou item assistencial

22	10101039	EM PRONTO SOCORRO
22	40804054	RX JOELHO

Dados do Contratado 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	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
<u>11</u>	<u>11</u>

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
15/03/2023	10:46	10:46	22	10101039	EM PRONTO SOCORRO
05/03/2023	10:46	10:46	22	40804054	RX JOELHO

42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acrésc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
1	1			78,00	78,00
1	1			38,15	38,15

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. $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{3}$ $\frac{1}{4}$ $\frac{1}{5}$ $\frac{1}{6}$ $\frac{1}{7}$ $\frac{1}{8}$ $\frac{1}{9}$ $\frac{1}{10}$

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

2 - Nº Guia no Prestador

ADVENTISTA

Dados do Beneficiário

Dados do Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante

21 - Caracter de Atendimento	22 - Data da Solicitação
------------------------------	--------------------------

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

Dados do Contratante Executante

Dados do Atendimento

Procedimentos e Exames Realizados

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificação59 - Total Procedimento P366 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contador
--	-----------------------------

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Gabriel de Freitas Machado
Nº da Carteirinha: 2.21.3124
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 24/05/2012

Nº da Guia: 10138

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/03/2023	10:24:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Partes do corpo

Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno na aula de E. F , jogando handebol caiu e bateu o Joelho.

Testemunha da ocorrência

Prof. Sanderson

Telefone

(41) 3427-8200

Quem prestou primeiros socorros

Vanderlei Pinheiro

Data

15/03/2023

Local de atendimento

Clínica Médica São Paulo

Endereço

Rua Manoel Corrêa

Nº Bairro

965 Palmital

Telefone

(41) 3423-4466

Observações

O aluno na aula de E. F , jogando handebol caiu e bateu o Joelho.

Ass.:

Isabelle da Silva Dornsbach

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