

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal											
4 - Data da Autorização		5 - Semana		6 - Data de Validade da Senha				7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora					
06/09/2023		13222		06/10/2023									
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira				10 - Nome					
2376994		33/12/2023		ANA LUZA GIARDELLO									
Dados Solicitante		13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado									
B478163200120		Nº NÚCLEO DIAGNOSTICO - MGA											
15 - Nome do Profissional Solicitante		GREGORIO F DE YELLO		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados		21 - Caracter de Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica							
1		05/09/2023											
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qtd.		28 - Qtd. Aut.					
22		41101316		RM - Articular (por articulação)		1,00		1,00					
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado									
B478163200120		Nº NÚCLEO DIAGNOSTICO - MGA											
31 - Código CNES		2506681											
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do					
05		9				1							
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data		37 - Hora Inicial		38 - Hora Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
05/09/2023		13:45:00		a 14:10:00		22		41101316		RM - Articular (por articulação)		42 - Qtd.	
43 - Seq.		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 -		11 -		12 -		13 -		14 -	
58 - Observação / Justificativa													
59 - Total de Procedimentos R\$		787,68		60 - Total de Taxas e Aluguéis R\$		0,00		61 - Total de Materiais R\$		0,00		62 - Total de OPM R\$	
63 - Total Medicamentos R\$		0,00		64 - Total de Gases Medicinais R\$		0,00		65 - Total Geral R\$		787,68			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado					

EM ANEXO

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Luiza Girardello

Nº da Carteirinha: 2.37.6984

Instituição: Colégio Adventista Centenário - EIEFM



Data de Nascimento: 09/02/2010

Nº da Guia: 13222

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/09/2023	10:59:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Joelho Direito

Descrição

Na aula de educação física a aluna pisou na bola e desequilibrou e torceu o joelho.

Testemunha da ocorrência

Nailson

Telefone

(41) 3051-8660

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)

Rua XV de Novembro

222
3

Alto da Xv

(41) 3218-2000
(41) 3218-2181

Observações

A aluna foi atendida na coordenação disciplinar, colocado gelo e gelol no local, informamos a responsável (mãe) e encaminhamos ambas para o hospital de referencia.

Nailson Veras
Coord. Disciplinar

Ass.:

Nailson Veras do Nascimento

→ Seen C. nuy

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 41

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validação da Série

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

2376984

9 - Validade da Carteira

31/12/2023

10 - Nome

ANA LUIZA GIRARDELLO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

76530518000107

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

GREGÓRIO FADEL DE MELLO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

45222

18 - UF

41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

05/09/2023

22 - Indicação Clínica

TRAÇO FRATURÁRIO EM TÍBIA PROXIMAL

23 - Tabela

1

24 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

4110316

25 - Descrição

RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)

27 - QI SINE

28 - QI Autor

1

0

Dados do Contratado - Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de acidente (caso de doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Ht Inicial

38 - Ht Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qde

43 - Via

44 - Tec

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq Prof

49 - Gr 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 Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

58 - Observação / Justificativa

JOELHO DIREITO

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por GREGÓRIO MELLO

Data/hora 05/09/2023 13:32:28

Contat.Ltda

Atendimento: 135 / 003

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal																																	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha						7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora																									
11/08/2023		126661		10/09/2023						126661																									
8 - Número da Carteira												9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN																	
ADVENTISTA												31/12/2023		JOAO GABRIEL MATTOSKI SONDA				N																	
Dados Solicitante												13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado																					
84781632000120												ND NUCLEO DIAGNOSTICO																							
15 - Nome do Profissional Solicitante												16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante															
SILVIO NEUPERT MASCHKE												06		9651		PR		226320																	
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados												21 - Cessão do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica																			
1												11/08/2023																							
24 - Tabela												25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qtd.		28 - Qtd. Aut.																	
22												41101316		RM - Articular (por articulação)				1,00		1,00															
Dados do Contratado Executante												29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES																			
84781632000120												ND NUCLEO DIAGNOSTICO		2586681																					
Dados do Atendimento												32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do																	
05												9		1																					
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\$	
11/08/2023												20:20:00 a 20:45:00		22		41101316		RM - Articular (por articulação)		1,00		1		1		1,00		787,68		787,68					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)												48 - Seq.		49 - Grau Part.		50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho						53 - Número no conselho		54 - UF		55 - Código CBO					
																				Profissional															
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série												57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																							
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -												1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -																							
58 - Observação / Justificativa																																			
59 - Total de Procedimentos R\$												60 - Total de Taxas e Aluguéis R\$		61 - Total de Materiais R\$		62 - Total de OPME R\$		63 - Total Medicamentos R\$		64 - Total de Gases Médicinas R\$		65 - Total Geral R\$													
787,68												0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		787,68													
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização												67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																							
												em anexo																							
												68 - Assinatura do Contratado																							

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: João Gabriel Matioski Sonda
Nº da Carteirinha: 2.78.1258
Instituição: Colégio Adventista Pinhais



Data de Nascimento: 27/01/2011

Nº da Guia: 12666.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
14/08/2023	10:56:25	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição
O aluno estava em aula de ed. física .

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Gabriel	(41) 3097-7450

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitor Gabriel	10/08/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
CLINICA DE RESSONÂNCIA MARINGA LTDA	RUA XV DE NOVEMBRO	222 3	ALTO DA RUA XV	(41) 3363-8828

Motivo do Retorno
O aluno precisa fazer uma ressonância no joelho .

Ass.:

Fábio Bittencourt Machado

Coord. Disciplinar

Fábio Bittencourt Machado

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/ISADT

2- Nº Guia no Prestador



1 - Registro ANS 304701		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Attribuído pelo Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN			
Dados do Beneficiário 13 - Código na Operadora 14 - Nome do Contratado 15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional 21 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Data Solic. 28 - Data Aut.			
Dados do Contrato Executante 29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado 31 - Código CNES			
Dados do Atendimento 32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação do Acidente (Acidente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de 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 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CNPJ 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 58 - Observação / Justificativa 59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OFME (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			

999022409