



MANOEL CORREA
PARAMAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 1319632-23

Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
1025749-23

4 - Data da Autorização
25/04/2023

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
00000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
123

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo
LEONARDO BARRETO PAIXAO MARIA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RH
N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
76019231000109

14 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
MATHEUS PISA FREITAS

16 - Conselho Profissional
CRM

17 - Número no Conselho
48280

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento
111

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

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

22 10101039 EM PRONTO SOCORRO
40803120 RX MAO OU QUIRODACTILO

27 - Qtd. Solic. 28 - Qtd. Aut.
1 1
1 1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76019231000109

30 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA

31 - Código CNES
3560430

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
111

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
121

34 - Tipo de Consulta
2

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
151

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/Acrésc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
25/04/2023	17:30	17:33	22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1	C		1,00	78,00
25/04/2023	17:30	17:33	22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1	1	C		1,00	15,90
25/04/2023	17:30	17:33	22	40803120	RX MAO OU QUIRODACTILO	1	1	C		1,00	21,00

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

48 - Seq. Ref 49 - Grau Part. 50 - Código da Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
3 12 10335689965 MATHEUS PISA FREITAS

52 - Conselho Profissional 53 - Número do Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
CRM 48280 PR

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

59 - Total do Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
44,62

61 - Total de Materiais (R\$)
9,57

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
169,09

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da autorização	5 - Sentia	6 - Data de Validade da Sentia	7 - Número da Guia Atribuído para Operadora
------------------	------------------------------	-------------------------	------------	--------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Alinhamento a RPI
------------------------	--------------------------	-----------	-------------------------------	------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número do Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura

Dr. Matheus Piza Freire
CRM-PR 48280

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Descrição
------------------------------	--------------------------	------------------------	----------------

QUEDA DE OBJETO SOBRE MÃO ESQUERDA

RAIO-X DE MÃO ESQUERDA AP PERIL OBLICUO

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtds Solic	28 - Qtds Aut
-------------	--	----------------	-----------------	---------------

Dados do Contratante Excedente

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CHES
--------------------------	-------------------------	------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação do Acidente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo da Encerramento do Atendimento
--------------------------	---	-----------------------	--

Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do procedimento	41 - Descrição	42 - Qtds	43 - Via	44 - Tec	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário-R\$	47 - Valor Total-R\$
-----------------------------------	--	-----------	-------------------	-----------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	----------	-------------------------	-------------------------	----------------------

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

48 - Sen. Red.	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 Procedimentos em Série

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

58 - Observações / Justificação

59 - Total Procedimento R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total OPME R\$	63 - Total Medicamentos R\$	64 - Total Gases Médicinas R\$	65 - Total Geral R\$
-----------------------------	---------------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------------	--------------------------------	----------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



NOME

Veneranda Barreto
Joana de Jesus Maria

DIAGNÓSTICO

Histerectomia

MÉDICO

Machado

DATA DA ENTRADA

25/04/23

HORA DA ENTRADA

18:45

PRESCRIÇÃO MÉDICA (CARIMBAR E ASSINAR)

HORÁRIOS
(CHECAR E ASSINAR)

CONVÊNIO

Adesão

HORA DA SAÍDA

Luzes 4 - 20

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Enfermeira Lurdes Costa
Rég. ENF. - COREN 437314BRASIL VIANNA NETO
CRM PR. 61722
MÉDICO

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Paciente 35 anos, 1,70m, 60kg, com

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



MANOEL CORREIA
PARANGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Atend. 1025749-23
Pág.: 1 de 1

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora
76019231000109

4 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO

5 - Código CNES
3560430

1 - Registro ANS
1025749-23

2 - Número Guia Referenciada
1025749-23

Despesas Realizadas CD = 1-Gases Medicinais 2-Medicamento 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis

6 - CD	7 - Data	8 - Hora inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acresc.	15 - Valor unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)
17 - Registro ANVISA do Material					18 - Referência do material no fabricante			19 - Nº Autorização de Funcionamento		
1- 4	25/04/2023				18	60023384	1,00	0,00	44,62	44,62
2- 3	25/04/2023				20 - Descrição					
					TAXA POR USOSSESSAO DE SALA DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL					
					05	70034362	1,00	0,00	6,08	6,08
3- 3	25/04/2023				ATADURA CREPOM CYSNE 10 CM X 1,8 M (EM REPOUSO) - PCT 12 UN. - PC.					
					05	0000019651	30,00	0,00	0,06	1,87
4- 3	25/04/2023				MICROPORE FITA MICROPOROSA BRANCA 10 CM X 10 M					
					12	0005800258	1,00	0,00	1,62	1,62
5-					TALA METALICA C/ ESPUMA 12X25 PEQ.					
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
21 - Total de Gases Medicinais R\$										
0,00										
22 - Total de Medicamentos R\$										
0,00										
23 - Total de Materiais R\$										
9,57										
24 - Total de OPME R\$										
0,00										
25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$										
44,62										
26 - Total de Diárias R\$										
0,00										
27 - Total Geral R\$										
54,19										

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Leonardo Barreto Paixão Maria
Nº da Carteira: 2.21.3877
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 06/10/2018

Nº da Guia: 10972

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/04/2023	17:22:00	Sala de Aula	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (**Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)

Mão Direita

Descrição

Ao subir na carteira, a carteira escorregou e pressionou os dedos do aluno.

Testemunha da ocorrência

Amanda Castro

Telefone

(41) 3427-8200

Quem prestou primeiros socorros

Priscila Tanizaki

Data

25/04/2023

Local de atendimento

Clínica Médica São Paulo

Endereço

Rua Manoel Corrêa

Nº Bairro

965 Palmital

Telefone

(41) 3423-4466

Observações

Ao subir na carteira, a carteira escorregou e pressionou os dedos do aluno.

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