



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 31249812498219481298

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data Validada da Sentença

7 - Número de Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira
367921

9 - Validade da Carteira
01/01/2025

10 - Nome
MARCOS HENRIQUE PEDROZO DE MELO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante
ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
45739

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. Alex W. Chociai da Rocha

21 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
16/02/2024

23 - Indicação Clínica
LESÃO LIGAMENTAR JOELHO D?

24 - Tabela
2

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
41101316

26 - Descrição
RM DE JOELHO (UNIATERAL)

27 - Qx Solic.
1

28 - Qx Autoriz.
0

Dados do Contratado Específico

29 - Código na Operação

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr Inicial

38 - Hr Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtx

43 - Via

44 - Tbx

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Específico(a)

48 - Seq. Inf.

49 - G. Prof.

50 - Código na operação/CPF

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 - Observação / Justificativa

59 - Observação / Justificativa

60 - Total de Realização (R\$)

61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

62 - Total de Materiais (R\$)

63 - Total de CPME (R\$)

64 - Total de Medicamentos (R\$)

65 - Total de Gases Médicos (R\$)

66 - Total de Gases (R\$)

67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

JOELHO D?

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 Médicos (R\$)

65 - Total Gases (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impressa por ALEX ROCHA

Data de Impressão 16/02/2024 13:58:19

Contato

Atendimento 1401130

Convênio CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

**

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Marcos Henrique Pedrozo de Melo
Nº da Carteirinha: 3.6.7921
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM



Data de Nascimento: 12/04/2006

Nº da Guia: 15273.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
19/02/2024	08:32:10	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

monitor auxiliou o aluno ate a enfermaria

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo	(41) 3028-5440

Quem prestou primeiros socorros	Data
Monitora Rosali	16/02/2024

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

Motivo do Retorno

Retorno agendado via telefone, para a próximo dia 20/02/2024, na rua XV de Novembro, 2223 - Curitiba - PR. Autorizado.

Ass.:


Jaques Henrique de Oliveira
Coordenador Disciplinar
Jaques Henrique De Oliveira

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

