

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

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 1362661-23

Atend. 0000000-00

Pág.: 1 de 1



MANOEL CORREA
PARAMAGUA - PR
CEP
Fone: 3427-8200

1 - Registro ANS

3 - Número da Guia Principal
1062923-23

4 - Data da Autorização
28/10/2023

5 - Senha

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
0000000000000000000000

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

150476739

9 - Validade da carteira

10 - Nome completo

ANA LUIZA ALVES NASCIMENTO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

22 10101039 EM PRONTO SOCORRO
22 30711010 IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)
22 40804097 RX PE OU PODODACTILO

27 - Qtde. Solic.
28 - Qtde. Aut.
1 1
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 - Qtde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red/Acréc.	46 - Valor unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
28/10/2023	19:53	19:54	22	10101039	EM PRONTO SOCORRO	1	1	C	1,00	78,00	78,00
28/10/2023	19:53		22	30711010	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER	1	1	C	1,00	10,50	10,50
28/10/2023	19:53		22	40804097	RX PE OU PODODACTILO	1	1	C	1,00	38,15	38,15

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

48 - Seq. Ref 49 - Grau Part. 50 - Código da Operadora/CPF

3 12 10335689965 MATHEUS PISA FREITAS

52 - Conselho Profissional

CRM

53 - Número do Conselho

48280

54 - UF

PR

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

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 Gastos Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

12,12

12,12

16,42

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

155,19

Assinatura do Contratado

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

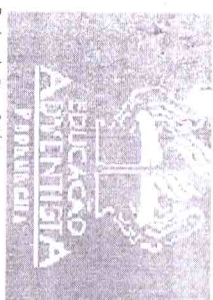
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - N° Guia no prestador

00000000001062923-23

Atend. 1062923-23

Pág.: 1 de 1



Mancel Correia, 965,
Paranaguá - PR
CEP 83203-410
Fone: (41)3423-4466

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
150476739

13 - Código na Operadora
76.019.231/0001-09

9 - Validade da carteira

3 - Número da Guia Principal
1062923-23

4 - Data da Autorização
28/10/2023

5 - Senha

10 - Nome completo
ANA LUIZA ALVES NASCIMENTO

6 - Data de validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
1062923-23

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

14 - Nome do Contratado
CLINICA MEDICA SAO PAULO

16 - Conselho Profissional

CRM

17 - Número no Conselho
48280

18 - UF
PR

19 - Código CBO S
225125

Drº Matheus Piza Freitas

Médico

CRM PR 48280

21 - Caráter do atendimento
121

22 - Data da Solicitação
28/10/2023 19:53:45

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item assistencial
10101039

EM PRONTO SOCORRO

27 - Qtd. Solic.
1

28 - Qtd. Aut.
1

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
76.019.231/0001-09

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)
111

34 - Tipo de Consulta
101

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
1121

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 28/10/2023 37 - Hora inicial 19:53 38 - Hora final 22 39 - Tabela 10101039 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição EM PRONTO SOCORRO

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

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. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 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

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

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data de autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Emitido pela Operadora
------------------	------------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	---

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
-----------------------	------------------------	--------------------------	-----------	-------------------------------	-----------------------

Dados do Solicitante	13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado	16 - Conselho Profissional	17 - Número do Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional
----------------------	--------------------------	-------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	---------------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante	21 - Indicação Clínica	23 - Indicação Clínica
---------------------------------------	------------------------	------------------------

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 - Cód. Saúde	28 - Cód. Aut.
-------------	--	----------------	-----------------	----------------

Dados do Contratante - Executante	29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
-----------------------------------	--------------------------	-------------------------	------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionadas)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	--------------------------	--	-----------------------	--

Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data	37 - Hora inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Cód.	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. Prof.	49 - Grau Prof.	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 do Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Atestado
--	--	----------------------------

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

Dr. Matheus Piva Freire
CRM-MG 18280



NOME

Ana Luiza Alves Nascimento T

DIAGNÓSTICO

Sintoma febre distal R. distal

MÉDICO

CONVÊNIO

DATA DA ENTRADA

28/10/23

HORA DA ENTRADA

19:54

HORA DA SAÍDA

PRESCRIÇÃO MÉDICA (CARIMBAR E ASSINAR)

HORÁRIOS
(CHECAR E ASSINAR)

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Sala Mãe operado em Salangas
R. distal 2º e 3º dentes~~19:54~~

reoperado no PS às 19:54, com relato de trauma
leve em R. distal, com edema e
hematoma em 2º e 3º dentes. Realizada
anestesia local com xarapachudo. (50cm)
e citadura da boca com cura a
seguir.

T. Se rule

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Dr. Matheus F. Freitas
MÉDICO
CONV. 3398-3333

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



MANOEL CORREIA
PARANAGUA - PR
CPF
Fone: 3427-8200

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

Atend. 1062923-23
Pag.: 1 de 1

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora
76019231000109

4 - Nome do Contratado
CLÍNICA MÉDICA SÃO PAULO

5 - Código CNES
3560430

1 - Registro ANS

2 - Número Guia Referenciada
1062923-23

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 - Qtde.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acrésc.	15 - Valor unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)
17 - Registro ANVISA do Material										
1- 4	28/10/2023			18	4010029	1,00	036	0,00	12,12	12,12
2- 3	28/10/2023	20 - Descrição			TAXA PARA CURATIVOS MEDIOS	1,00	036	0,00	13,30	13,30
				05	70034389					
3- 3	28/10/2023	ATADURA CREPOM CYSNE 12 CM X 1,8 M (EM REPOUSO) - UN.								
				05	0000019651	50,00	038	0,00	0,06	3,12
4-	MICROPORE FITA MICROPOROSA BRANCA 10 CM X 10 M									
5-										
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\$
16,42

24 - Total de OPME R\$
0,00

25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$
12,12

26 - Total de Diárias R\$
0,00

27 - Total Geral R\$
28,54

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Luiza Alves Nascimento
Nº da Carteirinha: 2.21.2122
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 29/01/2007

Nº da Guia: 14238

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/10/2023	15:09:00	Saída para aula de Campo para Ilha do Mel	Deslocamento interno

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito

Descrição

Escorregou e torceu o pé.

Testemunha da ocorrência

Kelly Cavalcante

Telefone

(41) 3427-8200

Quem prestou primeiros socorros

Vanderlei Pinheiro

Data

27/10/2023

Local de atendimento

Atendimento no próprio estabelecimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

Observações

Escorregou e machucou o pé.

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