

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Cauã Tavares de Araujo
Nº da Carteirinha: 2.21.2237
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 20/12/2006

Nº da Guia: 15050

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/12/2023	12:00:00	Quadra	Jogos Interclasses

O que aconteceu

Choque com terceiros no jogo.

Partes do corpo

Joelho Direito, Joelho Esquerdo, Perna Direita, Perna Esquerda

Descrição

O aluno estava participando dos jogos Interclasses, e não sentiu doer enquanto jogava, mas após o jogo, sentiu dores em seus joelhos e não consegue firmar o passo no chão direito quando foi para casa. O medico solicitou um raio-x dos joelhos.

Testemunha da ocorrência

Suelen Tavares

Telefone

(41) 9591-1667

Quem prestou primeiros socorros

Suelen Tavares

Data

07/12/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Clínica Médica São Paulo	Rua Manoel Corrêa	965	Palmital	(41) 3423-4466

Observações

A mãe solicitou o raio-x que o médico indicou.

Ass.:

Leticia de Souza Martins

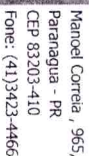
Leticia de Souza Martins



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



Página: 1 de 1

12 - Atendimento a RN
N

~~Dr^o Ali M. El Kadiri~~

CRM PR 7971

27 - Qtde.	28 - Qtde.
Solicit.	Aut.

31 - Código CNES

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento

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

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

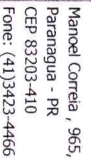





[illegible]

03 - Iuridici (K2)

68 - Assinatura do Contratado



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

2 - N° Guia no prestador

0000000001069750-23

Atend. 1069750-23

Pàg.: 1 de 1

1 - Registro ANS	
3 - Número da Guia Principal	1069750-23
4 - Data da Autorização	08/12/2023
5 - Senha	
6 - Data de validade da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	1069750-23

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da carteira	10 - Nome completo	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
2.21.2237		CAUA TAVARES DE ARAUJO		N

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	CLINICA MEDICA SAO PAULO		
16 - Conselho Profissional	OUT		
17 - Número no Conselho	1		
18 - UF	PR		
19 - Código CBO S	225125		
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	 Dr. Ali Mubarek CRM-P.R. 1911		
Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados			
21 - Caracter do atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	
121	08/12/2023 16:25:07		

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd.	28 - Qtd.
			Solicit.	Aut.
22	40804054	RX JOELHO	2	2
22	40804070	RX PERNA	2	2

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 76.019.231/0001-09	30 - Nome do Contratado CLINICA MEDICA SAO PAULO LTDA	31 - Código CNIES 3560430
---	---	-------------------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	<u>151</u>
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	<u>111</u>
34 - Tipo de Consulta	<u>101</u>
35 - Motivo do Encerramento do Atendimento	<u>1121</u>

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\$)
08/12/2023	16:25	22		40804054	RX JOELHO	2	1			38,15	76,30
08/12/2023	16:25	22		40804070	RX PERNA	2	1			40,24	80,48

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
1	1			1			
2	1			1			
3	1			1			
4	1			1			
5	1			1			
6	1			1			
7	1			1			
8	1			1			
9	1			1			
10	1			1			
11	1			1			
12	1			1			
13	1			1			
14	1			1			
15	1			1			
16	1			1			
17	1			1			
18	1			1			
19	1			1			
20	1			1			
21	1			1			
22	1			1			
23	1			1			
24	1			1			
25	1			1			
26	1			1			
27	1			1			
28	1			1			
29	1			1			
30	1			1			
31	1			1			
32	1			1			
33	1			1			
34	1			1			
35	1			1			
36	1			1			
37	1			1			
38	1			1			
39	1			1			
40	1			1			
41	1			1			
42	1			1			
43	1			1			
44	1			1			
45	1			1			
46	1			1			
47	1			1			
48	1			1			
49	1			1			
50	1			1			
51	1			1			
52	1			1			
53	1			1			
54	1			1			
55	1			1			
56	1			1			
57	1			1			
58	1			1			
59	1			1			
60	1			1			
61	1			1			
62	1			1			
63	1			1			
64	1			1			
65	1			1			
66	1			1			
67	1			1			
68	1			1			
69	1			1			
70	1			1			
71	1			1			
72	1			1			
73	1			1			
74	1			1			

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

1. ____/____/____

2. ____/____/____

3. ____/____/____

4. ____/____/____

5. ____/____/____

6. ____/____/____

7. ____/____/____

8. ____/____/____

9. ____/____/____

10. ____/____/____

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPIVE (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Casos Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Mel Felen de Araújo

68 - Assinatura do Contratado
 Rua Manoel Corrêa, 965