

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

2 - Nº Guia no Prestador 3616752000000

1 - Registro ANS 3 - Número da Guia Principal

000000

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

RAFAELA CRUQUI DE OLIVEIRA ANSEL

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

76591569000130

14 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

15 - Nome do Profissional Solicitante

HOSPITAL PEQUENO PRINCIPE

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

224

18 - UF

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

10/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql.Solic.

28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

76591569000130

30 - Nome do Contratado ASSOCIACAO HOSPITALAR DE PROTECAO INFANCIA DR. RAUL CARNEIRO

31 - Código CNES

15563

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

11

33 - Indicação de Acidente ou Doença Relacionada

9

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 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Tec

45 - Fator Red/Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

1

10/03/2022

14:20:46

14:20:46

22

10101039

Consulta em pronto socorro

145,53

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

48 - Seq. Ref.

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

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Materiais (R\$)

62 - Total do OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gastos Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - 1

FLAVIO.SALES Date/Hora: 10/03/2022 14:34:46

Conta/Lote: 1974063

Atendimento: 3616752

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

1974063

11/1

11/1

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Rafaela Cruqui de Oliveira Anselmo
Nº da Carteira: 3.6.7131
Instituição: Colégio Adventista Boa Vista - EIEFM

Data de Nascimento: 28/08/2014

Nº da Guia: 5176

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/03/2022	12:06:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Rosto, Perna Direita, Cabeça, Pescoço, Lábios

Descrição

foi descer escada se desequilibrou batendo com a testa no chão

Testemunha da ocorrência

Telefone

Coordenador Elian

(41) 3051-8620

Quem prestou primeiros socorros

Data

Monitora Graci

10/03/2022

Local de atendimento

Outro (Não Credenciado)

Observações

foi aplicado gelo no local e ficou observação até a chegada do pai

Ass.: _____

Elian Kelvin dos Santos

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br