

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pedro Augusto Gritlet D' Avila Rodrigues
Nº da Carteirinha: 2.21.3184
Instituição: Colégio Adventista Paranaguá



Data de Nascimento: 03/12/2009

Nº da Guia: 9325

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/12/2022	09:41:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Tornozelo Esquerdo

Descrição
Aluno estava jogando futebol, tropeçou e torceu o tornozelo

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor Anderson	(41) 3427-8200

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
O aluno foi atendido e encaminhado para atendimento na clínica São Paulo

Emily Muniz
Secretaria Escolar
ATO 02/2022

Ass.:

Emily Muniz da Silva Rodrigues

Dr. Ali Mohamed El Kadri
CRM-PR: 7971

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

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

2 - Nº Guia no Prestador

Adv. Aislia

1 - Registro ANIS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído 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
--------------------------	-------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número do Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

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

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd - Solic	28 - Qtd - Aut
-------------	--	----------------	------------------	----------------

Dados do Contratante Executante

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	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 - Qtd	43 - Via	44 - Têc	45 - Fator Red Acresc	46 - Valor Unitário-R\$	47 - Valor Total-R\$
1- /											
2- /											
3- /											
4- /											
5- /											

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

48 - Seq Ref	49 - Grau Part	50 - Código da Operadora/CNPJ	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
--------------	----------------	-------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
---	--

58 - Observação / Justificação

59 - Total Procedimento R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total OPI/IE R\$	63 - Total Medicamentos R\$	64 - Total Gases Medicinais R\$	65 - Total Geral R\$
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				