

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Adriele Rita de Aguiar
Nº da Carteira: 11.4.761
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 11/04/2000

Nº da Guia: 5324.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
20/03/2022	19:40:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

Aluna em jogo de vôlei, refere torção em região maleolar. Refere ter torcido o MIE após pular no jogo de vôlei. Apresenta edema e refere forte algia (8/10)

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	20/03/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3220-6000

Motivo do Retorno

Aluna encaminhada à fisioterapia, conforme prescrição médica. 10 sessões.

Ass.: Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Débora Correia de Souza
Nº da Carteira: 11.4.152
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 27/08/2001

Nº da Guia: 5325.004

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
19/03/2022	23:10:00	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Calcanhar Direito

Descrição

Aluna relata que durante o jogo de basquete, aluna relata que foi driblar a adversária e ao fazer o movimento para o lado e pisar no chão, sentiu o pé ir de um lado para o outro. Referiu forte algia no mesmo momento.

Testemunha da ocorrência

Mayara Vanessa

Telefone

(44) 99896-6110

Quem prestou primeiros socorros

Gilberto Júnior

Data

19/03/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Fisiocare Atendimentos de Fisioterapia Ltda	Pioneiro Jose Elvira Lopes	1318	Jd Araucaria II	(44) 99931-1597

Motivo do Retorno

Aluna encaminhada à fisioterapia conforme pedido médico. 10 sessões.

Ass.:

Célia D. da Silva

*Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977*

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Diuliany Nunes de Oliveira
Nº da Carteira: 11.4.1709
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 24/11/2003

Nº da Guia: 5040.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
19/02/2022	20:50:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo, Posterior da Coxa Esquerda

Descrição

Aluna interna estava participando de um evento esportivo promovido pela faculdade. Durante o jogo a aluna relata que ao pegar a bola, a chuteira travou e o joelho fez um movimento reverso, no mesmo momento sentiu dores intensas, foi retirada da quadra com ajuda de terceiros.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Giovana Nunes de Oliveira	96981137424

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Jr.	24/02/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Fisiocare atendimentos de Fisioterapia Ltda	Pioneiro Jose Elvira Lopes	1318	Jd Araucaria II	(44) 99931-1597

Motivo do Retorno

Liberação para as sessões de fisioterapia, conforme pedido médico. 10 sessões.

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

Ass.:

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Célia Teixeira Damasceno Da Silva

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Gabriel Mors Pulga
Nº da Carteira: 11.1.8892
Instituição: IAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 26/01/2005

Nº da Guia: 4583.007

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
18/11/2021	17:10:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito, Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

O aluno interno relata que estava jogando futsal no horário de educação física, quando foi pegar a bola, ele pisou na bola, e houve a rotação interna desse membro inferior. Está referindo muita dor, não consegue deambular normalmente, está em uso de muleta.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Paulo	(44) 9981-2241

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	18/11/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Fisiocare Atendimentos de Fisioterapia Ltda	Pioneiro Jose Elvira Lopes	1318	Jd Araucaria II	(44) 99931-1597

Motivo do Retorno
Aluno encaminhado à fisioterapia à pedido médico. Liberado 20 sessões.

Ass.:

Célia T. D. da Silva

Célia Teixeira Damasceno da Silva

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

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
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabrielle Souza de Oliveira
Nº da Carteira: 11.4.10226
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 02/03/2003

Nº da Guia: 5964.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
01/05/2022	10:00:00	Rio	Trillife

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluno relata que estava andando no rio, escorregou em uma pedra, torcendo o pé. relata dor intensa, não consegue firmar o pé no chão

Testemunha da ocorrência

Gabi

Telefone

(48) 98401-0151

Quem prestou primeiros socorros

Enfermeiro Gilberto

Data

01/05/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Fisiocare Atendimentos de Fisioterapia Ltda	Pioneiro Jose Elvira Lopes	1318	Jd Araucaria II	(44) 99931-1597

Motivo do Retorno

Aluna encaminhada à fisioterapia, conforme pedido médico. 10 sessões.

Ass.:

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

*Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977*

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gilberto Marcel de Freitas Filho
Nº da Carteira: 11.1.10794
Instituição: IAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 25/08/2005

Nº da Guia: 5708.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
11/04/2022	20:54:00	Dormitório (Ex.: residencial)	Brincadeiras entre colegas

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Tornozelo Direito

Descrição

Aluno refere que estava no dormitório quando foi brincar com o colega, e este acabou chutando sua canela direita. Sentiu algia mas continuou sua atividade, percebeu depois de um tempo quando a algia piorou e ficou edemaciada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lorran	(43) 99859-9719

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Joserlania Pazette.	11/04/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
FisioCare Atendimentos de Fisioterapia Ltda	Pioneiro Jose Elvira Lopes	1318	Jd Araucaria II	(44) 99931-1597

Motivo do Retorno

Aluno encaminhado à fisioterapia conforme pedido médico. 10 sessões.

Ass.:

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000 602.977

Célia Teixeira Damasceno da Silva

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
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 52

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nº Guia Principal		4 - Data da Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 114761		9 - Validade da Carteira 31/12/2022		10 - Nome ADRIELE RITA DE AGUIAR				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RIT N	
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 28684		18 - UF 41	
15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação 07/04/2022		23 - Indicação Clínica FORTALECIMENTO DOS FIBULARES	
24 - Tabela Item Assistencial 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 20103484		26 - Descrição PATOLOGIA OSTEOARTICULAR EM UM MEMBRO				27 - CBO 10		28 - Gr. Automa. 0	
29 - Código na Operadora 238763040001		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR				31 - Código CNEA 9365230		32 - Tipo Atendimento 4		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data		37 - Hr Inicial		38 - Hr Final		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Cidr.		43 - Via		44 - Tec.		45 - % Red / Anest.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Seq Ref		48 - Gr. 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 Procedimento em Série 1 - 19/04/2022 - Adrielle 2 - 22/04/2022 - Adrielle		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 3 - 27/05/2022 - Adrielle 4 - 11/06/2022 - Adrielle		58 - Assinatura do Contratado 5 - 17/05/2022 - Adrielle 6 - 20/06/2022 - Adrielle		59 - Assinatura do Responsável pela Autorização 7 - 21/05/2022 - Adrielle 8 - 21/06/2022 - Adrielle	
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de DPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Médicos (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		70 - Assinatura do Contratado		71 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
72 - Assinatura do Contratado		73 - Assinatura do Responsável pela Autorização		74 - Assinatura do Contratado		75 - Assinatura do Responsável pela Autorização		76 - Assinatura do Contratado		77 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
78 - Assinatura do Contratado		79 - Assinatura do Responsável pela Autorização		80 - Assinatura do Contratado		81 - Assinatura do Responsável pela Autorização		82 - Assinatura do Contratado		83 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
84 - Assinatura do Contratado		85 - Assinatura do Responsável pela Autorização		86 - Assinatura do Contratado		87 - Assinatura do Responsável pela Autorização		88 - Assinatura do Contratado		89 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
90 - Assinatura do Contratado		91 - Assinatura do Responsável pela Autorização		92 - Assinatura do Contratado		93 - Assinatura do Responsável pela Autorização		94 - Assinatura do Contratado		95 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
96 - Assinatura do Contratado		97 - Assinatura do Responsável pela Autorização		98 - Assinatura do Contratado		99 - Assinatura do Responsável pela Autorização		100 - Assinatura do Contratado		101 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Samuel Machado
ORTOPEDIA E RAUMATOLOGIA
CRM PR 28.684 / TEOR 15184

10
Sessão

7008778

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

2 - Nº Guia no Prestador **10516512**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nº Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Serviço	
6 - Data Válido de Serviço		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 114152		9 - Validade da Carteira 31/12/2022	
10 - Nome DEBORA CORREIA DE SOUZA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento e RG N			
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 28684		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data de Solicitação 28/04/2022	
23 - Indicação Clínica FORTALECIEMNTO			
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Anatomico 22	
26 - Descrição PATOLOGIA OSTEOMIOARTICULAR EM UM MEMBRO		27 - CQ Autoriz. 0	
Dados do Contratado Executante			
28 - Código na Operadora 238763040001		29 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	
30 - Código CNEB 9365230			
Dados do Atendimento			
31 - Tipo Atendimento 4		32 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)	
33 - Tipo de Consulta		34 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
35 - Data		36 - Hr Inicial	
37 - Hr Final		38 - Tabela	
39 - Código do Procedimento		40 - Descrição	
41 - CBO		42 - Qtd	
43 - Via		44 - Tab	
45 - % Red / Acres		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Seq Ref		49 - Gr. 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 Procedimento em São		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1- 03/05/2022		3- 11/05/2022	
2- 01/05/2022		4- 11/05/2022	
5- 17/05/2022		7- 26/05/2022	
6- 24/05/2022		8- 07/06/2022	
9- 14/06/2022		10- 14/06/2022	
58 - Observação / Justificativa			
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 Gastos Medicinos (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Contratado	
67 - Assinatura do Responsável pela Autorização		68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
Data/Hora: 28/04/2022 08:48:53		Conta/Lote: 7047987	
Atendimento: 7047987		Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC	
Impresso por: SMACHADO		*7047987*	

Samuel Machado
CRM: 28.884 / 111 / FEQ 13281



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

2 - Nº Guia no Prestador 44490

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 371254	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha
6 - Data Validada de Senta	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 09850119069768009	9 - Validade da Carteira 31/12/2022	10 - Nome DIULIANY NUNES DE OLIVEIRA
---	--	---

Dados do Solicitante

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a PS N
---	----------------------------

13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A
--	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

15 - Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE YOSHIO HAYASHI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 22056	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Alexandre Yoshio Hayashi Ortopedia e Traumatologia CRM 22056 / FOT 11787
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação 08/04/2022	23 - Indicação Clínica LESÃO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL	27 - Q.Sem. 10	28 - Q.Autor. 0
-----------------------------	--	--	----------------	-----------------

24 - Tabela 1
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 20103115
26 - Descrição
ATIVIDADE REFLEXA OU APLICAÇÃO DE TÉCNICA CINESIOTERÁPICAS
Siniotopio

Dados do Contratado Executante

29 - Código da Operadora 749758	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	31 - Código CBO 9365230
------------------------------------	---	----------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 4	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------------	---	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr Inicial	38 - Hr Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtds	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Real / Aprox.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq Ref	49 - Or Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	54 - Código CBO
--------------	--------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimento	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - 11/04/2022	3 - 16/04/2022
2 - 11/04/2022	4 - 03/05/2022
5 - 11/04/2022	6 - 12/04/2022
7 - 12/04/2022	8 - 03/05/2022
9 - 02/06/2022	10 - 11/06/2022

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Médicos (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

7011560

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

2 - Nº Guia no Prestador 49

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nº Guia Principal																					
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número de Guia Atribuído pela Operadora																	
Dados do Beneficiário																							
6 - Número da Carteira 1118892		8 - Validade da Carteira 31/12/2022		10 - Nome GABRIEL MORS PULGA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 700607461488367		12 - Atendimento a R# N															
Dados do Solicitante																							
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A																					
15 - Nome do Profissional Solicitante DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR				16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 28801		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados																							
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação 29/03/2022		23 - Indicação Clínica LESAO MENISCAL JOELHO DIREITO S83.2																			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Ql. Solic.		28 - Ql. Autoriz.															
1		25870456		FISIOTERAPIA MOTORA		10		0															
2		30713137		FISIOTERAPIA MOTORA		1		0															
Dados do Contratado Executante																							
29 - Código da Operadora 238763040001		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR																					
Dados do Atendimento																							
32 - Tipo Atendimento 4		33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados																							
36 - Data		37 - Hr. Inicial		38 - Hr. Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Obs.		43 - Via		44 - Tec.		45 - % Ref / Acres.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)																							
48 - Seq Ref		49 - Gr. Part		50 - Código na operacional/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO									
56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																					
1 - 31/03/2022		GABRIEL MORS PULGA																					
2 - 05/04/2022		GABRIEL MORS PULGA																					
58 - Observação / Justificativa																							
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPRM (R\$)		63 - Total de 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															
Impresso por: DECUNIOR		Data/Hora: 29/03/2022 08:48:27		Conta/Lota: 6990388		Atendimento: #900388		Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC		*6990386*													

Folha 1
10
Jesão

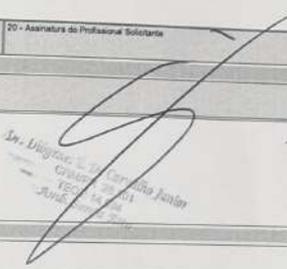
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **49**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS: **0** 3 - Nr. Guia Principal:
 4 - Data de Autorização:
 5 - Serha:
 6 - Data Validade da Serha:
 7 - Número de Guia Atribuído pela Operadora:

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira: **1118892** 9 - Validade da Carteira: **31/12/2022** 10 - Nome: **GABRIEL MORS PULGA** 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde: **700607461488367** 12 - Atendimento e RH: **N**

Dados do Solicitante
 13 - Código da Operadora: **23876304000112** 14 - Nome do Contratado: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A** 15 - Nome do Profissional Solicitante: **DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR** 16 - Conselho Profissional: **06** 17 - Número no Conselho: **28801** 18 - UF: **41** 19 - Código CBO: **225270** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante: 

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
 21 - Caráter do Atendimento: **29/03/2022** 22 - Data da Solicitação: **29/03/2022** 23 - Indicação Clínica: **LESÃO MENISCAL JOELHO DIREITO S83.2**

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Q. Solic.	28 - Q. Autoriz.
1	25870456	FISIOTERAPIA MOTORA	10	0
2	30713137	TRATAMENTO DO FORTISSIMO PULGAR	1	0

Dados do Contratado Executante
 29 - Código na Operadora: **238763040001** 30 - Nome do Contratado: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR** 31 - Código CNEB: **9365230**

Dados do Atendimento
 32 - Tipo Atendimento: **4** 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada):
 34 - Tipo de Consulta:
 35 - Motivo do Encerramento do Atendimento:
 36 - Data:
 37 - Hr. Inicial:
 38 - Hr. Final:
 39 - Tabela:
 40 - Código do Procedimento:
 41 - Descrição:
 42 - Qtd.:
 43 - Via:
 44 - Tec.:
 45 - % Red / Apress.:
 46 - Valor Unitário (R\$):
 47 - Valor Total (R\$):

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

48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	54 - Código CBO
1							

56 - Data de Realização de Procedimento em R\$ 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - 12/03/2022 2 - 17/03/2022 3 - 24/03/2022 4 - 31/03/2022 5 - 07/04/2022 6 - 14/04/2022 7 - | | | | | | | | | | 8 - | | | | | | | | | |

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Taxas de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de 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

Folha 2
10 Suro

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

2 - Nº Guia no Prestador 59

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		8 - Número da Carteira 11410226		9 - Validade da Carteira 21/12/2023	
10 - Nome GABRIELLE SOUZA DE OLIVEIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N		13 - Código da Operadora 23876304000112	
14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante WESLEY GUIDI SECCO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 23975	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento 1	
22 - Data da Solicitação 16/05/2022		23 - Indicação Clínica ENTORSE DE TORNOZELO		24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 20103115	
26 - Descrição ATIVIDADE REFLEXA OU APLICAÇÃO DE TÉCNICA CINESIOTERAPICA ES		27 - Qt. Solic. 10		28 - Qt. Autoriz. 0		29 - Código na Operadora 238763040001	
30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR		31 - Código CNEB 9365230		32 - Tipo Atendimento 4		33 - Indicação de Acidente (soldado ou doença relacionada) 2	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data		37 - Hr. Inicial	
38 - Hr. Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtd.		43 - Via		44 - Táb.		45 - % Rad / Aresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref.		49 - Gr. 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 do Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	
62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de 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		69 - Assinatura do Contratado	

Diagnóstico e Terapias
Clínica Adventista - CLAC
Rua ... 2.277

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

2 - Nº Guia no Prestador 102254

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha
	6 - Data Validade da Senha
	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 11110794	9 - Validade da Carteira 31/12/2024	10 - Nome GILBERTO MACEL DE FREITAS FILHO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a R# N
------------------------------------	--	--	---	----------------------------

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 28684	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação 28/04/2022	23 - Indicação Clínica PERNA DIREITA
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 20103484	26 - Descrição PATOLOGIA OSTEOMIARTICULAR EM UM MEMBRO
		27 - Qt. Sess. 10
		28 - Qt. Autoriz. 0

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR-28.684/11/1701-15284

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 238763040001	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	31 - Código CNES 9365230
--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 4	33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------------	---	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr Inicial	38 - Hr Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red. Agress.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
-----------	-----------------	---------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	-----------	---------------------	---------------------------	------------------------

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

48 - Seq. Ref.	49 - Gr. 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 Procedimento em Série

1 - 03/05/2022

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Médicos (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

7048390

Jo
Sara