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

2 - Nº Guia no Prestador 33

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
0	

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	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
1118985	31/12/2023	VITOR COSTA BEZ BIROLO		N

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR	6	28801	41	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	20/02/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1 22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	0

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr.Inicial	38 - Hr.Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 -% Red / Acresc.	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	64 - Código CBO

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

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 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$)	64 - Total Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)

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

Impresso por: LMMACEDO Data/Hora: 20/02/2022 02:40:17 Conta/Lote: 6924641 Atendimento: 6924641 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

6924641

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

2 - Nº Guia no Prestador 4973

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	

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	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
1118985		VITOR COSTA BEZ BIROLO		N

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTAO GIANLUCA MEZZOMO	6	41335	41	225125	Dr. Gianluca Mezzomo Médico CRM: 41335

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	20/02/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1 22	10101039	Consulta em pronto socorro	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	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 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 -% Red / Acresc.	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	64 - Código CBO

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

1- __/__/____ 3 - __/__/____ 5 - __/__/____ 7 - __/__/____ 9 - __/__/____

2- __/__/____ 4 - __/__/____ 6 - __/__/____ 8 - __/__/____ 10 - __/__/____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total Taxas de Materials (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

Impresso por: TANMORAES Data/Hora: 20/02/2022 01:02:40 Conta/Lote: 6924641 Atendimento: 6924641 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

6924641

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

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

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	6924641000000

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado	5 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9365230

Despesas Realizadas

	6-CD	7-Data	8-Hora Inicia		9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red.. / Acresc.	15-Valor Unitário - R$	16-Valor Total - R$
	17- Registro ANVISA do Material				18-Referência do material no fabricante						19-Nº Autorização de Funcionamento	
5 -	03	20/02/2022	01:01:00	a	01:01:00	19	70014370	2	036	1.00	1.36	2.72
20 - Descrição:	BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 1/2											
6 -	03	20/02/2022	01:01:00		01:01:00	19	70138923	1	036	1.00	3.43	3.43
20 - Descrição:	BD ASEPTO - DISPOSITIVO PARA INFUSAO INTRAVENOSA - BD ASEPTO 21GA											
7 -	03	20/02/2022	01:01:00		01:01:00	19	70705291	1	036	1.00	1.72	1.72
20 - Descrição:	BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ml (Bico Luer Lock)											
8 -	03	20/02/2022	01:01:00		01:01:00	19	70705321	1	036	1.00	2.80	2.80
20 - Descrição:	BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)											
9 -	02	20/02/2022	01:01:00		01:01:00	20	90007131	1	001	1.00	0.79	0.79
20 - Descrição:	AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL											
10 -	02	20/02/2022	01:01:00		01:01:00	20	90048253	1	014	1.00	10.52	10.52
20 - Descrição:	TILATIL 20MG INJ - CRISTALIA											
11 -	02	20/02/2022	01:01:00		01:01:00	20	90470800	1	001	1.00	3.13	3.13
20 - Descrição:	NOVALGINA											
12 -	07	20/02/2022	01:01:36		01:01:36	18	60000465	1	036	1.00	69.32	69.32
20 - Descrição:	TAXA DE SALA DE PEQ PROCEDIMENTOS											
13 -	02	20/02/2022	01:01:36		01:01:36	20	90257537	10	023	1.00	0.96	9.62
20 - Descrição:	XYLESTESIN 2% S/V 10 ETJ. 20 ML											

21 - Total de Gases Medicinais (R$)	22 - Total de Medicamentos (R$)	23 - Total de Materiais (R$)	24 - Total de OPME (R$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	26 - Total de Diárias (R$)	27 - Total Geral (R$)
0.00	24.06	10.67	0.00	69.32	0.00	104.05

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

2 - Nº Guia no Prestador **6924641000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de 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 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
1118956	31/12/2022	VITOR COSTA BEZ BIROLO		N

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTAO GIANLUCA MEZZOMO	06	41335	41	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	20/02/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04	9	1	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

	36-Data	37-Hr.Inicial	38-Hr.Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	20/02/2022	01:26	01:26	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO	001			1.0	35.64	35.64
2	20/02/2022	02:28	02:28	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.3	100.00	100.00
3	20/02/2022	02:28	02:28	22	30101794	SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAM	001			0.8	36.73	36.73
4	20/02/2022	02:28	02:28	22	30730031	DESBRIDAMENTO CIRURGICO DE FERIDAS OU EXTREMIDADES	001	1	1	1.3	152.10	152.10

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

48-Sq.Ref.	49-Gr.Part	50-Cód na operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
2	12	23876304000112	DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR	06	28801	41	225270
3	12	23876304000112	DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR	06	28801	41	225270
4	12	23876304000112	DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR	06	28801	41	225270

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

1 - __/__/__ 3 - __/__/__ 5 - __/__/__ 7 - __/__/__ 9 - __/__/__

2 - __/__/__ 4 - __/__/__ 6 - __/__/__ 8 - __/__/__ 10 - __/__/__

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (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$)
324.47	69.32	10.67	0.00	24.06	0.00	428.52

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6924641 **Prontuário:** 551144 **SAME:** **Hora Atend:** 01:01 **Data Atend:**20/02/2022
Paciente..... : VITOR COSTA BEZ BIROLO **Idade:** 16 a
Endereço..... : GLEBA PAICANDU LOTE 80
Bairro..... :
Cidade..... :IVATUBA **UF..:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... :INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal.....: S619 - FERIMENTO DO PUNHO E DA MAO, PARTE NAO ESPECIFICADA
CID's Secundários. :
Resultado.....: AGUARDANDO RESULTADO DE EXAME
Data Saída..... : 20/02/2022 **Hora Saída** : 01:27

Prestador da Evolução Médica: 4824 PLANTAO GIANLUCA MEZZOMO

HDA

HMA: RELATA ESMAGAMENTO DE 1° QUIRODACTILO DIREITO HÁ 1 HORA. MOBILIDADE PRESERVADA.

ALERGIA: NEGA

EF: BEG, CORADO, HIDRATADO, LOTE.

PT:
- SOLICITO RX MÃO
- PRESCREVO ANALGESIA
- AGURADO ORTOPEDIA

Gianluca M...
Méd...
CRM/PR ...

PLANTAO GIANLUCA MEZZOMO / 41335
CLINICA GERAL

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 6444928 DATA: 20/02/2022 01:25
USUÁRIO....: PGMEZZOMO
ATENDIMENTO: 6924641 DT NASC: 29/07/2005 (16A 6M 24D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 551144 - VITOR COSTA BEZ BIROLO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/02/2022 01:01 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO GIANLUCA MEZZOMO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT..: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

6924641

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS **Justificativa.:** *ESMAGAMENTO DE 1° QUIRODACTILO* **Obs.:** *MÃO ESQUERDA*	1					

EXAME REALIZADO
DATA: Simone Araújo
Técnico em Radiologia
TÉC. RADIOLOGIA: CRTR-9767/R

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[20/02] . 01:26
|-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA				
3 C.C. TILATIL 20MG, FR/A, (EV, IM)	1	FR-AMPOLA		EV	AGORA	[20/02] . 01:26

Gianluca Mezzomo
Médico
CRM/PR 41335

PLANTAO GIANLUCA MEZZOMO
CRM-PR: 41335

PRESCRIÇÃO.: 6444949 **DATA: 20/02/2022 02:28**
USUÁRIO....: PDECJUNIOR
ATENDIMENTO: 6924641 **DT NASC: 29/07/2005 (16A 6M 24D)**
CONVÊNIO...: **INST.ADVENTISTA-IAP**
PACIENTE...: **551144 - VITOR COSTA BEZ BIROLO**
PESO.....: **ALTURA: SUP. CORPOREA:**
INTERNAÇÃO.: 20/02/2022 01:01 **0 DIAS(S) INT**

1ª VIA

Rubrica do Médico

MEDICO.....: PLANTAO GIANLUCA MEZZOMO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT..: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S619 FERIMENTO DO PUNHO E DA MAO, PARTE NAO ESPECIFICADA CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

FERIMENTO CORTO CONTUSO EM REGIAO DE LEITO UNGUEL
DE POLEGAR DIREITO HA CERCA DE 2H

EFO
PELE COM FCC CERCA DE 2CM
SEM EDEMA HEMATOMA OU EQUIMOSE
ADM LIMITADA DEVIDO A ALGIA
NEUROVASCULAR OK

PT
- ANESTESIA LOCAL + LIMPEZA EXAUSTIVA + ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS + DESBRIDAMENTO + SUTURA + CURATIVO
- ORIENTAÇÕES GERAIS
- ANALGESIA
- CEFALEXINA
- CURATIVO DIÁRIO
- RETORNO PARA RETIRADA DE PONTOS
- RETORNO AO PS SE SINAIS DE ALARME

6924641

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 XYLOCAINA 2% S/V 20ML INJ (MPP)	1	FR 20ML		EV	AGORA	[20/02] . 02:32

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
5 DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO	1					[20/02] . 02:28
6 SUTURA DE FERIMENTO DE PEQUENAS DIMENSOES	1					[20/02] . 02:28

VISITA HOSPITALAR	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
7 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1					

PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
CRM-PR: 28801

Atendimento:	6924641 Pedido: 2454771	Ac. Number: 3065067	
Registro / Nome:	VITOR COSTA BEZ BIROLO		
Data de Nascimento:	29/07/2005 00:00:00	Idade: 16 anos, 6 meses e 19 dias	Sexo: M
Pedido do Exame:	20/02/2022 01:26:00	Laudado: 25/02/2022 14:16:45	
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP		
Médico Solicitante:	PLANTAO GIANLUCA MEZZOMO		

RX - MÃO DIREITA

- Estruturas ósseas íntegras.

- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vitor Costa Bez Birolo
Nº da Carteirinha: 11.1.8985
Instituição: IAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 29/07/2005 | **Nº da Guia:** 4973

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/02/2022	00:00:00	Ginásio	Deslocamento interno

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

Descrição
Aluno interno sofreu esmagamento do membro superior com uma trave de gol. Apresenta FCC em dedo polegar direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	20/02/2022

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

Observações
Encaminhado para sutura e avaliação médica

Ass.: Gilberto G. F. M. Júnior ENFERMEIRO COREN/PR 715731

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
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 692464101

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	4973

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	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
1118985		VITOR COSTA BEZ BIROLO		N

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTAO GIANLUCA MEZZOMO	6	41335	41	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	20/02/2022	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1	22	40803120	RX - Mao ou quirodactilo	1	0
2	20	90048253	TILATIL 20MG INJ - CRISTALIA	1	0
3	20	90470800	NOVALGINA	1	0

Dr. Gianluca Mezzomo
Médico
CRM: 41335

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	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 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 -% Red / Acresc.	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	64 - Código CBO

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

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

68 - 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

Impresso por: LMMACEDO Data/Hora: 20/02/2022 02:39:55 Conta/Lote: 6924641 Atendimento: 6924641 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

6924641