

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

2 - Nº Guia no Prestador

7174670000000

Folha:

1 / 1

|                                                                                                                                              |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                   | 3 - Número da Guia Principal                                                           |                                                        |                                                                                               |
| 4 - Data de Autorização<br>28/06/2022                                                                                                        | 5 - Sanha<br>6695002                                                                   | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>6695002 |                                                                                               |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                        |                                                                                        | 12 - Atendimento a RN<br>N                             |                                                                                               |
| 8 - Número da Carteira<br>1118892                                                                                                            | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2022                                                 | 10 - Nome<br>GABRIEL MORS PULGA                        | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700607461488367                                    |
| Dados do Solicitante                                                                                                                         |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
| 13 - Código da Operadora<br>23876304000112                                                                                                   | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A                      |                                                        |                                                                                               |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR                                                                 | 16 - Conselho Profissional<br>06                                                       | 17 - Número no Conselho<br>28801                       | 18 - UF<br>41                                                                                 |
| Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                                    |                                                                                        | 19 - Código CBO<br>225270                              |                                                                                               |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                                                                  |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>1                                                                                                             | 22 - Data da Solicitação<br>28/06/2022                                                 | 23 - Indicação Clínica                                 |                                                                                               |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                                                                           |                                                                                        | 26 - Descrição                                         |                                                                                               |
|                                                                                                                                              |                                                                                        | 27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.                        |                                                                                               |
| Dados do Contratado Executante                                                                                                               |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
| 29 - Código na Operadora<br>23876304000112                                                                                                   | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A                      | 31 - Código CNES<br>9365230                            |                                                                                               |
| Dados do Atendimento                                                                                                                         |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                                                                  | 33 - Indicação de Aderente (acidente ou doença relacionada)                            | 34 - Tipo de Consulta<br>1                             | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                    |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                                                                        |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final<br>1 28/06/2022 09:04 09:04                                                                        | 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO | 42 - Qtde.<br>001                                      | 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>1.0 100.00 100.00 |
| Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)                                                                                            |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
| 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional<br>1 12 23876304000112 DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR | 52 - Conselho Prof<br>06                                                               | 53 - Número no Conselho<br>28801                       | 54 - Uf 55 - Código CBO<br>41 225270                                                          |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                             |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                                                              |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>100.00                                                                                                  |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
| 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                                                                 |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                                                                        |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
| 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                                                             |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                                                     |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                                                                 |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>100.00                                                                                                             |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                              |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                               |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                                                                |                                                                                        |                                                        |                                                                                               |

# 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: 6695.002



| Data do Retorno | Horário  | Local   | Atividade                          |
|-----------------|----------|---------|------------------------------------|
| 21/06/2022      | 15:00:00 | Ginásio | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu | Partes do corpo |
|-----------------|-----------------|
| Torção          | Joelho Direito  |

**Descrição**  
 Aluno em tratamento conservador em lesão prévia em menisco medial em joelho D. Não seguiu a orientação médica (acompanhamento realizado por Dr. Diógenes) de não realizar atividades de impacto e lesionou o mesmo local ao jogar futsal. Refere algia ao movimentar o membro. Aplicado gelo e arnica.

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Matheus Fedrizzi         | (65) 99610-0052 |

| Quem prestou primeiros socorros             | Data       |
|---------------------------------------------|------------|
| Enf. Gilberto Júnior e Enf. Célia Damasceno | 21/06/2022 |

| Local de atendimento                     | Endereço          | Nº | Bairro  | Telefone                         |
|------------------------------------------|-------------------|----|---------|----------------------------------|
| HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá | Av. Independência | 93 | Zona 04 | (44) 3032-1818<br>(44) 3220-6166 |

| Motivo do Retorno | Liberação para consulta com o Dr Diógenes. no dia 28/06/2022 às 09:00 |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|

Ass.:  
 Célia I. D. da Silva  
 Enfermeira  
 Coren/PR 000.602.917

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

0174670

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 7174670

Folha: 1 / 1  
Dr. Diogenes E. De Carvalho Junior  
CRM - PR-28.804  
Orcada Bom Samaritano

|                            |                        |                            |                                             |                                                            |                            |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000 | 3 - Nr. Guia Principal | 6 - Data Validade da Senha | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>700607461488367 | 12 - Atendimento a RN<br>N |
| 4 - Data de Autorização    | 5 - Senha              | 9 - Validade da Carteira   | 10 - Nome<br>GABRIEL MORS PULGA             |                                                            |                            |

|                       |                                   |                                            |                                                                   |                                                                              |                                  |                                  |               |                           |                                             |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------------------------|
| Dados do Beneficiário | 8 - Número da Carteira<br>1118892 | 13 - Código do Operadora<br>23876304000112 | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR | 16 - Conselho Profissional<br>06 | 17 - Número no Conselho<br>28801 | 18 - UF<br>41 | 19 - Código CBO<br>225270 | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------|---------------------------|---------------------------------------------|

|                                                           |                                  |                                        |                        |                  |                                                              |                                              |                      |                        |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------|------------------------|
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados | 21 - Caráter do Atendimento<br>1 | 22 - Data da Solicitação<br>28/06/2022 | 23 - Indicação Clínica | 24 - Tabela<br>1 | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>10101039 | 26 - Descrição<br>Consulta em pronto socorro | 27 - Qt. Solic.<br>1 | 28 - Qt. Autoriz.<br>0 |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------|------------------------|

|                                |                                                                   |                             |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Dados do Contratado Executante | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A | 31 - Código CNES<br>9365230 |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

|                      |                       |                                                           |                       |                                            |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| Dados do Atendimento | 32 - Tipo Atendimento | 33 - Indicação de Aclate (evidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
|----------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|

|                                                       |                                                 |             |                             |                |            |          |          |                      |                           |                        |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------|-----------------------------|----------------|------------|----------|----------|----------------------|---------------------------|------------------------|
| Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados | 36 - Data<br>37 - Hr. Inicial<br>38 - Hr. Final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Qlde. | 43 - Via | 44 - Tec | 45 - % Red / Acresc. | 46 - Valor Unitário (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------|-----------------------------|----------------|------------|----------|----------|----------------------|---------------------------|------------------------|

|                                                    |                |                |                              |                           |                            |                         |         |                 |
|----------------------------------------------------|----------------|----------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s) | 48 - Seq. Ref. | 49 - Gr. Prof. | 50 - Código na operadora/CPF | 51 - Nome do Profissional | 52 - Conselho Profissional | 53 - Número no Conselho | 54 - UF | 54 - Código CBO |
|----------------------------------------------------|----------------|----------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|

|                                                  |                                                |       |       |       |       |       |       |       |       |       |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 55 - Data de Realização de Procedimento em Série | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 5 - 1 | 5 - 2 | 5 - 3 | 5 - 4 | 5 - 5 | 5 - 6 | 5 - 7 | 5 - 8 | 5 - 9 | 5 - 10 | 5 - 11 | 5 - 12 | 5 - 13 | 5 - 14 | 5 - 15 | 5 - 16 | 5 - 17 | 5 - 18 | 5 - 19 | 5 - 20 | 5 - 21 | 5 - 22 | 5 - 23 | 5 - 24 | 5 - 25 | 5 - 26 | 5 - 27 | 5 - 28 | 5 - 29 | 5 - 30 | 5 - 31 | 5 - 32 | 5 - 33 | 5 - 34 | 5 - 35 | 5 - 36 | 5 - 37 | 5 - 38 | 5 - 39 | 5 - 40 | 5 - 41 | 5 - 42 | 5 - 43 | 5 - 44 | 5 - 45 | 5 - 46 | 5 - 47 | 5 - 48 | 5 - 49 | 5 - 50 | 5 - 51 | 5 - 52 | 5 - 53 | 5 - 54 | 5 - 55 | 5 - 56 | 5 - 57 | 5 - 58 | 5 - 59 | 5 - 60 | 5 - 61 | 5 - 62 | 5 - 63 | 5 - 64 | 5 - 65 | 5 - 66 | 5 - 67 | 5 - 68 | 5 - 69 | 5 - 70 | 5 - 71 | 5 - 72 | 5 - 73 | 5 - 74 | 5 - 75 | 5 - 76 | 5 - 77 | 5 - 78 | 5 - 79 | 5 - 80 | 5 - 81 | 5 - 82 | 5 - 83 | 5 - 84 | 5 - 85 | 5 - 86 | 5 - 87 | 5 - 88 | 5 - 89 | 5 - 90 | 5 - 91 | 5 - 92 | 5 - 93 | 5 - 94 | 5 - 95 | 5 - 96 | 5 - 97 | 5 - 98 | 5 - 99 | 5 - 100 |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|

|                                |                                      |                                     |                          |                                  |                                   |                        |
|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| 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 |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 7174670    Prontuário: 476406    SAME: 476406    Hora Atend: 09:04    Data Atend:28/06/2022  
Paciente.....: GABRIEL MORS PULGA  
Endereço.....: PAICANDU  
Bairro.....:  
Cidade.....: IVATUBA  
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
CID Principal.....: S832 - RUPTURA DO MENISCO, ATUAL  
CID's Secundários. :  
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA  
Data Saída.....: 28/06/2022  
Hora Saída : 09:39

UF.: PR    CEP: 87130000  
Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM

HDA

PACIENTE NAO SEGUIU ORIENTAÇÕES E JOGOU FUTEBOL  
APRESENTE DOR EM FAC EMEDIAL D EJOELHO DIREITO

EXAME FISICO

BEG  
ADM 5-120°  
SMILIE SUGESTIVO MEDIAL

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESOA MENISCAL MEDIAL A DIREITA

TRATAMENTO

AGUARDO RETORNO COM RNM E LAUDO  
ORIENTOSOBRE POSSIVEL LESAO EM ALÇA DE BALDE

Dr. Diogenes E. De Carvalho Junior  
CRM-PR 28.801  
RÉQ: 14.694  
Ortopedia Bom Samaritano