

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

2 - Nº Guia no Prestador 7373955000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
10/10/2022

5 - Sentença
7775

6 - Data de Validação da Sentença
7775

7 - Número da Guia Atribuída pela Operadora
7775

8 - Número da Carteira
11110090

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
MARIA LUIZA ALVES AFONSO

11 - Código de Operadora
23876304000112

12 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

13 - Nome do Profissional Solicitante
VITOR HUGO DUARTE

14 - Conselho Profissional
06

15 - Número no Conselho
34438

16 - UF
41

17 - Código CBO
225270

18 - Assinatura do Profissional Solicitante

19 - Caudex do Atendimento / Procedimentos e Exames Solicitados
1

20 - Data da Solicitação
10/10/2022

21 - Indicação Clínica

22 - Tabela
23 - Cálculo do Procedimento
24 - Descrição
25 - Cálculo do Procedimento
26 - Descrição

27 - Q. Sorte
28 - Q. Autuiz

29 - Cálculo na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Tipo Atendimento
04

32 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

33 - Tipo de Consulta
1

34 - Motivo de Encerramento do Atendimento

35 - Cálculo CRES
9365230

36 - Data da Realização / Procedimentos e Exames Realizados

37 - Data 37-Rz: Inicial 38-Rz: Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição
1 10/10/2022 13:29 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 10/10/2022 13:47 22 40803120 RX - RMO CUI QUINHOLACTILIO

42-Qrde, 43-Via 44-Tec, 45-Patcor R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
001 1.0 100.00 100.00
002 1.0 35.64 35.64

48-Bq. Ref. 49-Qr. Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional

1 12 23876304000112 VITOR HUGO DUARTE

52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO
06 34438 41 225270

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
135.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de CPVE (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicamentos (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
135.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: GISSANTOS

Data: 18/11/2022 15:39:17

Central de: 4024009

Atendimento: 7373955

Central: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

417241669

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Maria Luiza Alves Afonso
Nº da Carteirinha: 11.1.10090
Instituição: IAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 03/10/2007

Nº da Guia: 7775.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
04/10/2022	16:49:43	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	2º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluna relata que estava na aula de educação física, em um jogo de voley, ao receber a bola, a mesma bateu na ponta do dedo, causando dor intensa.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Julia Govea Roque	(42) 98836-7762

Quem prestou primeiros socorros	Data
CELIA TEIXEIRA DAMASCENO DA SILVA	08/09/2022

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

Motivo do Retorno
A aluna relata que ainda sente muita dor no membro afetado e que está com dificuldade de mexer o mesmo. então estou liberando a guia para retorno médico.. irá no dia 10/10 as 13:25 com o Dr Vitor.

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

Célia Teixeira Damasceno da Silva

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 7775002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data da Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

11110090

9 - Validade da Carteira

MARIA LUIZA ALVES AFONSO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

12 - Atendimento a RV
N

15 - Nome do Profissional Solicitante

VITOR HUGO DUARTE

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

34438

18 - UF

41

19 - Código CID

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Código do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

10/10/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101012

Consultas em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Q-Sale: 28 - Q-Autoriz

1 0

Bateria de Contratos Executante

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento ou divergência

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código ONES

9365230

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - H- Início

38 - H- Final

39 - Tabaco

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Data

43 - Via

44 - Taxa

45 - % Red. / Acres.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (RG) Profissional (Especialista)

48 - Sem RG

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

64 - UF

64 - Código CBD

66 - Data da Realização de Procedimento em Saúde

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Observação / Justificativa

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

77 - Assinatura do Responsável pela Autorização

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Responsável pela Autorização

80 - Assinatura do Responsável pela Autorização

81 - Assinatura do Responsável pela Autorização

82 - Assinatura do Responsável pela Autorização

83 - Assinatura do Responsável pela Autorização

84 - Assinatura do Responsável pela Autorização

85 - Assinatura do Responsável pela Autorização

86 - Assinatura do Responsável pela Autorização

87 - Assinatura do Responsável pela Autorização

88 - Assinatura do Responsável pela Autorização

89 - Assinatura do Responsável pela Autorização

90 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Dr. Vitor Hugo Duarte
CRM-PR 34.438 / TEOT 16.309
CRM-PR 34.438 / RCE 23.085

96 - Total Procedimentos (R\$)

97 - Assinatura do Responsável pela Autorização

98 - Assinatura do Responsável pela Autorização

99 - Assinatura do Responsável pela Autorização

100 - Assinatura do Responsável pela Autorização

101 - Assinatura do Responsável pela Autorização

102 - Assinatura do Responsável pela Autorização

103 - Assinatura do Responsável pela Autorização

104 - Assinatura do Responsável pela Autorização

105 - Assinatura do Responsável pela Autorização

106 - Assinatura do Responsável pela Autorização

107 - Assinatura do Responsável pela Autorização

108 - Assinatura do Responsável pela Autorização

109 - Assinatura do Responsável pela Autorização

110 - Assinatura do Responsável pela Autorização

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Total Casos Moderados (R\$)

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Total (Grat. R\$)

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

7373955

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

2 - Nº Guia no Prestador 7373955

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Atualização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atibuido pelo Operador

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Autossistema a AN

13 - Código da Operação

14 - Nome do Certificado

15 - Nome do Profissional Societário

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Societário

21 - Código do Atendimento

22 - Data da Sessão

23 - Tabela

24 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

25 - Descrição

26 - Não ou quiproqueto

27 - Q-S&E 28 - QI Aluno

Dados do Contratado Funcionário

29 - Código na Operação

30 - Nome do Contratado

31 - Tipo Atendimento

32 - Indicação de Atendimento (exclusivo ou compartilhado)

33 - Tipo de Consulta

34 - Natureza do Encaminhamento do Atendimento

Código da Função / Procedimento e Outros Respostas

35 - CBO

36 - CBO

37 - CBO

38 - CBO

39 - CBO

40 - CBO

41 - CBO

42 - CBO

43 - CBO

44 - CBO

45 - CBO

46 - CBO

47 - CBO

Identificação do Profissional Exercitante

48 - CPF

49 - CBO

50 - Código na Operação

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Casa

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimento (R\$)

60 - Assinatura do Responsável pela Avaliação

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de CPNE (R\$)

63 - Total de Material (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Assinatura do Contratado

Dr. Vitor Hugo Duarte
Ondologista Neuropsiquiatra
CRM-PR 34438 / RCDT 16-309
RCE 234085

Impresso por: EPRADONACIO

Data: 14/10/2022 13:44:01

Consultar: 7373955

Assinatura: 7373955

Contato: 01 INCA ADVERTENTIA, CLAC

7373955

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

2 - Nº Guia no Prestador 97

Folha: 1 / 1

1 - Ingresso ADS
0

3 - Nº Guia Fiscal

4 - Data de Anulação

5 - Série

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
11110090

9 - Valsas de Cartão
31/12/2023

10 - Nome
MARIA LUIZA ALVES AFONSO

6 - Data Valsas de Série

7 - Número da Guia Arbitrado pelo Operadora

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura e RN
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
VITOR HUGO DUARTE

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
34438

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Código do Atendimento
10/10/2022

22 - Indicação Clínica

23 - Tabela
24 - Código do Procedimento ou Item Anamnese
40803120 RX - MÃO DO QUIRÓDACTILO

27 - Qr. Saúde
28 - Qr. Anamnese

Dados do Contratado Especialista

29 - Código da Operadora
238763040001

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
4

33 - Indicação de Acidentes (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CBO
9365230

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
37 - Inicial
38 - Fm. Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Qr. Saúde
43 - Qr. Saúde

44 - Tabela
45 - Qr. Saúde
46 - Qr. Saúde

47 - Valor Total (R\$)

Assinatura (não Profissional) Especialista

48 - Data Inicial

49 - Cx. Pac.

50 - Código da Operadora

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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

58 - Observações / Justificativas

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas de Honorários (R\$)

61 - Total Taxas de Honorários (R\$)

62 - Total de Qr. Saúde (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Medicamentos (R\$)

65 - Assinatura do Contratado

66 - Total Guia (R\$)

Impresso por: VESILUENTE

Consulta: 10/10/2022 13:44:56

Cartão: 7373566

Atendimento: 7373566

Centro: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7373955



Atendimento: 7373955 Pedido: 2611919 Ac. Number: 3262407
Registro / Nome: MARIA LUIZA ALVES AFONSO
Data de Nascimento: 03/10/2007 Idade: 15 anos, 0 mês e 7 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 10/10/2022 13:47:00 Laudado:
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: VITOR HUGO DUARTE

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7373955 **Prontuário:** 563405 **SAME:** 563405 **Hora Atend:** 13:29 **Data Atend:** 10/10/2022
Paciente..... : MARIA LUIZA ALVES AFONSO **Idade:** 15 a
Endereço..... : RUA CLEBA PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA **UF...:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC **Plano...:** CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : Z478 - OUTROS SEGUIMENTOS ORTOPEDICOS ESPECIFICADOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 10/10/2022 **Hora Saída :** 14:36

Prestador da Evolução Médica: 5211 **VITOR HUGO DUARTE**

HDA

FX BAS FG MEDIA DO INDICADOR MAO ESQUERDA
HA 5 SEMANAS
VEM ENCAMINHADA DO PAM

DIAGNOSTICO - HISTORICO
RX CONSOLIDADO

TRATAMENTO
ORIENTACOES
FST
RETORNO EM 30 DIAS

Dr. Vitor Hugo Duarte
Ortopedista Traumatologista
CRM-PR 34.438 / TEOT 16.309
RQE 25.085

VITOR HUGO DUARTE / 34438
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA