

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 7375917 Prontuário: 581070 SAME: 581070 Hora Atend: 09:50 Data Atend: 11/10/2022
Paciente.....: DANIEL CEZAR RODRIGUES BERNARDES
Endereço.....: CLEBA PAICANDU
Bairro.....:
Cidade.....: IVATUBA
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
CID Principal.....: M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários.:
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída.....: 11/10/2022

Hora Saída : 10:00

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

HDA
PACIENTE SEM QUEIXAS

EXAME FISICO
RNM DE JOELHO DIREITO:
- AUSÊNCIA DE LESÃO MENISCAL
- AUSÊNCIA DE LESÃO LIGAMENTAR

DIAGNOSTICO - HISTORICO
CONTUSÃO DE JOELHO

TRATAMENTO
RETORNAR
ORIENTAÇÕES

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

2 - Nº Guia no Prestador 8115002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome DANIEL CEZAR RODRIGUES BERNARDES		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		13 - Código da Operadora 02325057992		14 - Nome do Contratado DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR		15 - Nome do Profissional Solicitante DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR		16 - Código CBO 225270	
8 - Número da Carteira 1119032		9 - Validade da Carteira		10 - Nome DANIEL CEZAR RODRIGUES BERNARDES		17 - Número no Conselho 28801		18 - UF 41	
Dados do Solicitante / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 11/10/2022		23 - Indicação Clínica		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101012		26 - Descrição Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)		27 - Qt. Solic. 1		28 - Qt. Autoriz. 0	
Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CNES 9365230			
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 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional	
54 - UF		53 - Número no Conselho		42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tec.	
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	
56 - Data de Realização de 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 de Medicamentos (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Casos Medicinais (R\$)		64 - Total Geral (R\$)		65 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional		70 - Assinatura do Profissional	

