

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

2 - Nº Guia no Prestador 7588524000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 22/02/2023	5 - Senha 9552
6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 9552
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 1141373	9 - Validade da Carteira 31/12/2024
10 - Nome RAIMUNDO MOREIRA LIMA NETO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a 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 PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 39054	18 - UF 41
19 - Código CBO 225225	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/02/2023
23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
27 - Ql Solic.	28 - Ql Autoriz.
Dados do Contratado / Executante	
29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
Dados do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento 11	33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada) 9
34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados	
36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição	42-Qrde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
1 14/02/2023 09:48 09:48 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 107.00 107.00	
2 14/02/2023 09:50 09:50 22 40804054 RX - JOELHO 001 1.0 35.64 35.64	
3 14/02/2023 10:38 10:38 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 107.00 107.00	
Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)	
48-Sq. Ref. 49-Gr. Part 50-Cod na operadora/CPF 51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO
1 12 23876304000112 DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO 06 39054 41 225225	
3 12 23876304000112 PLANTAO NOIR ALTMAN EL MAZTOUB SAID 06 38877 41 225125	
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\$) 249.64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPMs (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Médicinais (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 249.64	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado	

Aluno: Raimundo Moreira Lima Neto
Nº da Carteira: 11.4.1373
Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná



Data de Nascimento: 29/06/2001

Nº da Guia: 9552

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/02/2023	16:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Joelho Esquerdo

Descrição

Aluno relata que estava jogando e ao dividir uma bola com o colega caiu no chão batendo o joelho E. Refere dor no local.

Testemunha da ocorrência

Leonardo Luiz

Telefone

(47) 99622-7970

Quem prestou primeiros socorros

Joserlania Pazette

Data

14/02/2023

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá

Av. Independência

93

Zona 04

(44) 3032-1818
(44) 3220-6166

Observações

Relata dor no Joelho E. Encaminhado para avaliação médica e conduta

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Joserlania Ramos Pazette Fagundes

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://sist-mas.ush.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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno:

Raimundo Moreira Lima Neto

Nº da Carteirinha:

Instituição:

JAP - Instituto Adventista de Paraná



Data de Nascimento:

29/02/201

Nº da Guia:

Data da Ocorrência

Horário

Local

Atividade

12.02.23

16h

Ginásio

Esportiva

O que aconteceu

Partes do corpo

Joelho D

Ao descer uma sala, caiu batendo o joelho D no chão.

Descrição

Testemunha da ocorrência

Telefone

Leonardo Luiz

47996227970

Quem prestou primeiros socorros

Data

Joselaine Poyte

14.02.23

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hospital Sam
Samaritano

Observações

Relato dor no joelho E. Encaminhado para diagnóstico médi-
ca e conduta.

Ass.:

Joselaine Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Nome (quem registrou a ocorrência no AMA/manual)

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

Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

2 - N° Guia no Prestador **187**

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	9 - Validade da Carteira
773.00044.00	01/02/2024
10 - Nome	
RAIMUNDO MOREIRA LIMA NETO	
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	DAYANE ADEINIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO			
16 - Conselho Profissional	6			
17 - Número no Conselho	39054			
18 - UF	41			
19 - Código CBO	225225			
20 - Assinatura do Profissional Solicitante				

Dados da Sociedade / Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação 22/02/2023
23 - Indicação Clínica	X cerm 39054

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

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
338763040001	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR
31 - Código CNES	
9365230	

Dados do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acdente (adente ou doenca relacionada)
4	34 - Tipo de Consulta
	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Exceção / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data	37 - Hr.Inicial	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(a) Examinante(a)	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Cédulo CBO
48 - Seq. Ref.	49 - G-Part					

56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 -		3 -	
2 -		4 -	
58 - Observação / Justificativa		5 -	
		6 -	
		7 -	
		8 -	
		9 -	
		10 -	

59 - Total Procedimentos (R\$)	
60 - Total de Taxas e Autuações (R\$)	
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	
62 - Total de CPME (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	

2 - N° Guia no Prestador 7588524

1 - Registro ANS 000000	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	7730004400
9 - Validade da Carteira	
10 - Nome	RAIMUNDO MOREIRA LIMA NETO
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN	N

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
PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO	6	39054	41
		19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
		225225	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	
2	14/02/2023	CRM 39054	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.
1	40804054	RX - Joelho	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	

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

Dados da Exceção / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data	37 - Hr.Inicial	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 Examinante	50 - Código na operacional/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
48 - Seq Ref	49 - Gr Part					

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 -	3 -
2 -	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 CPME (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			



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

2 - N° Guia no Prestador **163**

Folha: 1 / 1

	1 - Registro ANS 0						3 - Nr. Guia Principal															6 - Data Validade da Senha									7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora																																																																																																				
4 - Data de Autorização											5 - Senha																																																																																																																								
Dados do Beneficiário																																																																																																																																			
8 - Nome da Carteira 773.00044.00											9 - Validade da Carteira 01/02/2024											10 - Nome RAIMUNDO MOREIRA LIMA NETO											11 - Número do Cartão Nacional de Saúde																		12 - Atendimento a RM N																																																																																
Dados do Solicitante																																																																																																																																			
13 - Código da Operadora 23876304000112											14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A																																																																																																																								
15 - Nome do Profissional Solcitante NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID											16 - Conselho Profissional 6											17 - Número no Conselho 38877											18 - UF 41											19 - Código CBO 225225											20 - Assinatura do Profissional Solcitante																																																																												
21 - Carder do Atendimento 2											22 - Data da Solicitação 14/02/2023											23 - Indicação Clínica																																																																																																													
24 - Tabela 1											25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039											26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO											27 - Qt Sobr. 1											28 - Qx Autoriz 0																																																																																							
Dados do Contrato Executante																																																																																																																																			
29 - Código na Operadora 238763040001											30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR																					31 - Código CNES 9366230																																																																																																			
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 de Execução / Procedimentos e Exams Realizados																																																																																																																																			
36 - Data 36											37 - Hr Inicial 37											38 - Hr Final 38											39 - Tabela 39											40 - Código do Procedimento 40											41 - Descrição 41											42 - Cidade 42											43 - Via 43											44 - Télc 44											45 - % Red / Acresc 45											46 - Valor Unitário (R\$) 46											47 - Valor Total (R\$) 47										
Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)																																																																																																																																			
48 - Seq Ref 48											49 - Gr Part 49											50 - Código na operatoria/CPF 50											51 - Nome do Profissional 51											52 - Conselho Profissional 52											53 - Número no Conselho 53											54 - UF 54											64 - Código CBO 64																																																						
Assinaturas e Rubricas																																																																																																																																			
55 - Data de Realização de Procedimento em Série 55											56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 56											57 - Assinatura do Contratado 57											58 - Observação / Justificativa 58																																																																																																		
59 - Total Procedimentos (R\$) 59											60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 60											61 - Total Taxas de Materiais (R\$) 61											62 - Total de CPME (R\$) 62											63 - Total de Medicamentos (R\$) 63											64 - Total Gases Medicinais (R\$) 64											65 - Total Geral (R\$) 65																																																																	
Assinatura do Responsável pela Autorização																																																																																																																																			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 66											67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 67											68 - Assinatura do Contratado 68																																																																																																													
Impresso por: LMMACEDO Data/Hora: 14/02/2023 19:37:47 Contato Cel: 7588524 Atendimento: 7588524 Contratado: INST ADVENTISTA JAP																																																																																																																																			
7588524																																																																																																																																			



Atendimento: 7588524 Pedido: 2688854 Ac. Number: 3359893
Registro / Nome: RAIMUNDO MOREIRA LIMA NETO
Data de Nascimento: 29/06/2001 Idade: 21 anos, 7 meses e 14 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 14/02/2023 09:50:00 Laudado: 22/02/2023
16:35:18
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO R

RX - JOELHO DIREITO (AP/PERFIL)

Articulação femorotibial apresenta espaço articular preservado e estruturas ósseas adjacentes com aspecto esperado.

Articulação patelofemoral com anatomia normal.

Não se observa concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

Estruturas ósseas sem fraturas desviadas.

YAN FURQUIM DEPIERI

CRM- 48600

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 7289556 DATA: 14/02/2023 10:38
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7588524 DT NASC: 29/06/2001 (21A 7M 17D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 594449 - RAIMUNDO MOREIRA LIMA NETO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/02/2023 09:21 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE TRAUMA EM JOELHO D APOS QUEDA
TRAUMA DE BAIXA CINEMÁTICA
TRAZIDO COM PROTOCOLO DE ESTABILIZAÇÃO DE COLUNA VERTEBRAL

EFO
PELE ÍNTEGRA, SEM EDEMA, EQUIMOSE OU HEMATOMA
DOR A PALPAÇÃO EM TUBEROSIDADE DA TIBIA DIREITO
MECANISMO EXTENSOR PRESERVADO
FM PRESERVADA
DEAMBULANDO SEM AXULIO

RX SEM SINAIS DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

PT
ANALGESIA
ATESTADO
GELO
ORIENTAÇÕES GERAIS
A DISPOSIÇÃO

7588524

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877

PRESCRIÇÃO.: 7289349 DATA: 14/02/2023 09:48
USUÁRIO....: PDASTRIBEIRO
ATENDIMENTO: 7588524 DT NASC: 29/06/2001 (21A 7M 17D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 594449 - RAIMUNDO MOREIRA LIMA NETO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/02/2023 09:21 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE TRAUMA EM JOELHO D APOS QUEDA
TRAUMA DE BAIXA CINEMÁTICA
TRAZIDO COM PROTOCOLO DE ESTABILIZAÇÃO DE COLUNA VERTEBRAL

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA:

A - VIA AÉREA PÉRVIA, COM ESTABILIZAÇÃO DE COLUNA CERVICAL SEM DESVIO DE TRAQUEIA, SEM TURGÊNCIA JUGULAR.

B - RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO

FR 20 SATO2 98

EXPANSIBILIDADE SIMÉTRICA

AP MV+ BILAT SRA

SEM SINAIS DE PNEUMOTÓRAX E/OU HEMOTÓRAX

SEM ENFISEMA SUBCUTÂNEO

C - SEM SINAIS DE CHOQUE

FC 63 PA 119/77

BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA

SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO

PELVE ESTÁVEL

D - GLASGOW 15

PUPILAS ISOCÓRICO/FOTORREAGENTE

SEM SINAIS DE LATERALIZAÇÃO

E - EXPOSIÇÃO

PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA:

CABEÇA: AUSÊNCIA DE LESÕES OU ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO

PESCOÇO: AUSÊNCIA DE LESÕES OU ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO

TÓRAX: AUSÊNCIA DE LESÕES OU ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO

ABDOMEN: AUSÊNCIA DE LESÕES OU ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO

PELVE: AUSÊNCIA DE LESÕES OU ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO

PERÍNEO: AUSÊNCIA DE LESÕES OU ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO

MEMBROS: LEVE DOR NO JOELHO A MOBILIZAÇÃO

ALERGIA:

NEGA

PLANO TERAPEUTICO:

SUORTE CLÍNICO / ESTABILIZAÇÃO

ANALGESIA

EXAMES DE IMAGEM

EM OBSERVAÇÃO

PRESCRIÇÃO.: 7289349 DATA: 14/02/2023 09:48
USUÁRIO.....: PDASTRIBEIRO
ATENDIMENTO: 7588524 DT NASC: 29/06/2001 (21A 7M 17D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 594449 - RAIMUNDO MOREIRA LIMA NETO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/02/2023 09:21 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: DAYANE ADENIR SHIZUKO TAKATA RIBEIRO
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
COBERTURA:

7588524

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF JOELHO:A.P. - LATERAL D	1						
Justificativa.: trauma							
Obs.: direito							

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO DAYANE ADENIR SHIZUKO T RIBEIRO
CRM-PR: 39054