

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

2 - Nº Guia no Prestador 8132273000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data de Validade da Semha

7 - Número da Guia Autibuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira 11110338 9 - Validade da Carteira 31/12/2025 89 - Nome Social 12 - Atendimento a RN N

10 - Nome

ANDREY DE MORAIS MARICATO

Dados do Solicitante

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

15 - Nome do Profissional Solicitante VINICIUS MEDINA GUIMARAES 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 4.0969 18 - UF 41 19 - Código CBO 228270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 19/12/2023 23 - Indicação Clínica 90 - Indicador de Cobertura Especial

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.

Dados do Contratado Excitante

29 - Código na Operadora 23876304000112 30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A 31 - Código CNES 9366230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento 04 33 - Indicação de Acedente (acidente ou doença relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 2 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 91 - Regime de Atendimento 01 92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qrde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 1 19/12/2023 08:35 22 40803090 RX - CORVOELO 001 1.0 35.64 35.64

Identificação do(s) Profissional(is) Excitante(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

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

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 35.64 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00 61 - Total de Materiais (R\$) 0.00 62 - Total de OPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 35.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Andrey de Moraes Maricato
Nº da Carteira: 11.1.10338
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 12/07/2008

Nº da Guia: 14777.003



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
18/12/2023	11:15:36	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Braço Direito, Antebraço Direito

Descrição
ALUNO EM JOGO DE BASQUETE REFERE QUEDA E POSSIVEL LUXAÇÃO MSD, MEMBRO IMOBILIZADO, PACIENTE REFERE FORTE DOR E DIFICULDADE PARA MOVIMENTAR O MEMBRO, APRESENTA SUDORESE, PALIDEZ DEVIDO A DOR INTENSA.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Paulo Sampaio	(44) 3236-8000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto	23/11/2023

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

Motivo do Retorno
Autorização para realização de RX do cotovelo D conforme solicitação médica em 19/12/2023.

Ass.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Joselania 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://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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 8132273

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

5 - Data Validade da Semana

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número de Contrato

11110338

9 - Validade da Carteira

10 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
N

10 - Nome

ANDREY DE MORAIS MARICATO

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

VINICIUS MEDINA GUIMARAES

16 - C.R. Profissional

06

17 - Número no Conselho

4.0959

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

19/12/2023

23 - Indicação Clínica

60 - Indicador da Cobertura Especial

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

1 22 40803090

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

Dr. Vinicius Medina Guimarães
CRM-PR 40.133
MÉDICO

Dados do Contratado

29 - Código no Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

93862230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - A. Afirmação de Atendimento (residente ou idoso)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Regime de atendimento

37 - Saúde Ocupacional

38 - Data

39 - Hr. Inicial

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red. / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do Profissional Contratado

48 - Seq. Ref.

49 - G. 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 de Beneficiário ou Responsável

58 - Data de Realização de Procedimento em Série

59 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

60 - Data de Realização de Procedimento em Série

61 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

62 - Data de Realização de Procedimento em Série

63 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

64 - Data de Realização de Procedimento em Série

65 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

66 - Data de Realização de Procedimento em Série

67 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

68 - Data de Realização de Procedimento em Série

69 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

70 - Data de Realização de Procedimento em Série

71 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

72 - Data de Realização de Procedimento em Série

73 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

74 - Data de Realização de Procedimento em Série

75 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

76 - Data de Realização de Procedimento em Série

77 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

78 - Data de Realização de Procedimento em Série

79 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

80 - Data de Realização de Procedimento em Série

81 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

82 - Data de Realização de Procedimento em Série

83 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

84 - Data de Realização de Procedimento em Série

85 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

86 - Data de Realização de Procedimento em Série

87 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

88 - Data de Realização de Procedimento em Série

89 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

90 - Data de Realização de Procedimento em Série

91 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

92 - Data de Realização de Procedimento em Série

93 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

94 - Data de Realização de Procedimento em Série

95 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

96 - Data de Realização de Procedimento em Série

97 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

98 - Data de Realização de Procedimento em Série

99 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

100 - Data de Realização de Procedimento em Série

101 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

102 - Data de Realização de Procedimento em Série

103 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

104 - Data de Realização de Procedimento em Série

105 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

106 - Data de Realização de Procedimento em Série

107 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

108 - Data de Realização de Procedimento em Série

109 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

110 - Data de Realização de Procedimento em Série

111 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

112 - Data de Realização de Procedimento em Série

113 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

114 - Data de Realização de Procedimento em Série

115 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

116 - Data de Realização de Procedimento em Série

117 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

118 - Data de Realização de Procedimento em Série

119 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

120 - Data de Realização de Procedimento em Série

121 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

122 - Data de Realização de Procedimento em Série

123 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

124 - Data de Realização de Procedimento em Série

125 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

126 - Data de Realização de Procedimento em Série

127 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

128 - Data de Realização de Procedimento em Série

129 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

130 - Data de Realização de Procedimento em Série

131 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

132 - Data de Realização de Procedimento em Série

133 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

134 - Data de Realização de Procedimento em Série

135 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

136 - Data de Realização de Procedimento em Série

137 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

138 - Data de Realização de Procedimento em Série

139 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

140 - Data de Realização de Procedimento em Série

141 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

142 - Data de Realização de Procedimento em Série

143 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

144 - Data de Realização de Procedimento em Série

145 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

146 - Data de Realização de Procedimento em Série

147 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

148 - Data de Realização de Procedimento em Série

149 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

150 - Data de Realização de Procedimento em Série

151 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

152 - Data de Realização de Procedimento em Série

153 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

154 - Data de Realização de Procedimento em Série

155 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

156 - Data de Realização de Procedimento em Série

157 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

158 - Data de Realização de Procedimento em Série

159 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

160 - Data de Realização de Procedimento em Série

161 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

162 - Data de Realização de Procedimento em Série

163 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

164 - Data de Realização de Procedimento em Série

165 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

166 - Data de Realização de Procedimento em Série

167 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

168 - Data de Realização de Procedimento em Série

169 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

170 - Data de Realização de Procedimento em Série

171 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

172 - Data de Realização de Procedimento em Série

173 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

174 - Data de Realização de Procedimento em Série

175 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

176 - Data de Realização de Procedimento em Série

177 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

178 - Data de Realização de Procedimento em Série

179 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

180 - Data de Realização de Procedimento em Série

181 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

182 - Data de Realização de Procedimento em Série

183 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

184 - Data de Realização de Procedimento em Série

185 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

186 - Data de Realização de Procedimento em Série

187 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

188 - Data de Realização de Procedimento em Série

189 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

190 - Data de Realização de Procedimento em Série

191 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

192 - Data de Realização de Procedimento em Série

193 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

194 - Data de Realização de Procedimento em Série

195 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

196 - Data de Realização de Procedimento em Série

197 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

198 - Data de Realização de Procedimento em Série

199 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

200 - Data de Realização de Procedimento em Série

201 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

202 - Data de Realização de Procedimento em Série

203 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

204 - Data de Realização de Procedimento em Série

205 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

206 - Data de Realização de Procedimento em Série

207 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

208 - Data de Realização de Procedimento em Série

209 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

210 - Data de Realização de Procedimento em Série

211 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

212 - Data de Realização de Procedimento em Série

213 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

214 - Data de Realização de Procedimento em Série

215 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

216 - Data de Realização de Procedimento em Série

217 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

218 - Data de Realização de Procedimento em Série

219 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

220 - Data de Realização de Procedimento em Série

221 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

222 - Data de Realização de Procedimento em Série

223 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

224 - Data de Realização de Procedimento em Série

225 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

226 - Data de Realização de Procedimento em Série

227 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

228 - Data de Realização de Procedimento em Série

229 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

230 - Data de Realização de Procedimento em Série

231 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

232 - Data de Realização de Procedimento em Série

233 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

234 - Data de Realização de Procedimento em Série

235 - Assinatura de Beneficiário ou Responsável

23



Atendimento:	8132273	Pedido:	2882560	Ac. Number:	3609218
Registro / Nome:	ANDREY DE MORAIS MARICATO				
Data de Nascimento:	12/07/2008	Idade:	15 anos, 5 meses e 7 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	19/12/2023 08:35:00			Laudado:	26/12/2023 08:02:34
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	VINICIUS MEDINA GUIMARAES				

RX - COTOVELO DIREITO (AP/PERFIL)

Seguimento radiografico de fratura da cabeça do radio, sem desvio.

R JULIANA POLLA REINHEIMER

CRM- 52347

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8132273 Prontuário: 550423 SAME: 550423 Hora Atend: 08:34 Data Atend: 19/12/2023
Paciente..... : ANDREY DE MORAIS MARICATO Idade: 15 a
Endereço..... : IGLEVA PAICANDU
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : IVATUBA UF...: PR CEP: 87130000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S521 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 19/12/2023 Hora Saída : 09:20

Prestador da Evolução Médica: 6688 VINICIUS MEDINA GUIMARAES

HDA

ACOMPANHADO PELOS PAIS

COT DIR - 4 SEM TTO CONSERVADOR FX CABEÇA DO RADIO TTO CONSERVADOR

EF - ADM PASSIVA 20 / 140 / P-S 70-60 SEM DOR / CREP - / SEM ISNAIS DE INSTABILIDADE AOS TESTES

RX E TC INICIAL - FRATURA CABEÇA DO RADIO MASON 1 EM REGIAO LATERAL DA CABEÇA (AUSENCIA DE CONTATO COM A ARTICULAÇÃO DA INCISURA SIGMOIDE DA ULNA

RX HOJE - MANTENDO ALINHAMENTO EM REGIAO LATERAL SEM DESVIVEL ARTICULAR / CONSOLIDAÇÃO

TTO - REVER 2 MESES / ADM PASSIVA, FISIO + CASEIROS