

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

2 - Nº Guia no Prestador 8137351000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 21/12/2023	5 - Sentia 14840
6 - Data de Validade da Sentia 21/12/2023	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14840
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 1118978	9 - Validade da Carteira 01/01/2030
10 - Nome ISABELY SOUZA SILVA	
11 - Atendimento a RV 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 RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 33783	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Carder do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 21/12/2023
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
31 - Código CNES 9365230	
Dados do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Agente (agente ou doença relacionada) 9
34 - Tipo de Consulta 2	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 01
36 - Regime de Atendimento 01	37 - Saúde Ocupacional
Dados da Enciclopédia / Procedimentos e Exames Realizados	
38 - Data 37-Hr.Inicial 38-Hr.Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 1 21/12/2023 15:26 22 40803120 RX - MAO OU QUIRORACTILIO	42-Qtde. 43-Via 44-Tec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 35.64 35.64
Identificação do(s) Profissional(is) 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
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - / /	3 - / /
2 - / /	4 - / /
5 - / /	7 - / /
6 - / /	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 Medicinas (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

4532261

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Isabely Souza Silva
Nº da Carteira: 11.1.8978
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 03/02/2012

Nº da Guia: 14840.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
20/12/2023	18:02:14	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna relata que estava participando da aula de educação física e em uma brincadeira de correr, tropeçou e caiu batendo a mão no chão, torcendo o 5º dedo da mão esquerda, relata que sentiu uma dor forte no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Dayane	(44) 99710-4168

Quem prestou primeiros socorros	Data
Érica Giacomolli	27/11/2023

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 de consulta (retorno) com o ortopedista Dr. Ricardo José em 21/12/2023 às 15:55h

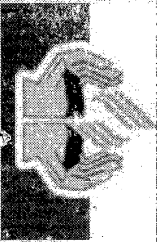
Ass.:

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.usp.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/SADI

2 - Nº Guia no Prestador 14840003

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Análise de Saúde

5 - Saúde

6 - Data Validada da Série

7 - Número da Guia Anbulatório pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Número da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atribuição a RN

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql.Solic

28 - Ql.Autoriz

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (relacionado ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde.

43 - Via

44 - Téc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operacional/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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 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

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Responsável pela Autorização

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Responsável pela Autorização

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Responsável pela Autorização

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Contratado

Impresso por: BEALMEIDA

Data/Hora: 21/12/2023 16:30:08

Contat.Cnt: 8137351

Atendim.antic: 8137351

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

8137351