

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

2 - Nº Guia no Prestador 7043988000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validação da Sanha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Sessão		9 - Validade da Carteira 01/01/2028		10 - Nome DASSAEV DE SOUZA MACHADO	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 0000000000		11 - Número do Cão Nacional de Saúde		12 - Alinhamento 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 SAMUEL MACHADO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 28684		18 - UF 18 - Código CBO 41 225270	
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 26/04/2022		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.	
29 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CNES 9365230			
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação do Aderente (exclanta ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1		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 1 26/04/2022 14:41 14:44 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tco. 45 - Valor R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 100.00 100.00			
50 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional 1 12 23876304000112 SAMUEL MACHADO		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 06 28684 41 225270		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 100.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	
62 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 100.00	
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 - Nº Guia no Prestador 7043988000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data da Validade da Sessão		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Sessão		10 - Nome DASSAEV DE SOUZA MACHADO		12 - Atendimento a RNT N	
6 - Validade da Carteira 01/01/2028		11 - Número do Contrato Nacional de Saúde		13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
8 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 28684		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 26/04/2022	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição		27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.		29 - Código da Operadora 23876304000112	
30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CINES 9365230		32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 26/04/2022 14:44 22 10121039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qcde. 43 - Via 44 - Tpo. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 100.00 100.00	
48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 1 12 23876304000112 SAMUEL MACHADO		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 06 22694 41 226270		56 - Data de Realização do Procedimentos em Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 100.00		60 - Total do Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de CPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Casos Medicais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 100.00		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional Solicitante		70 - Assinatura do Profissional Solicitante	

2 - N° Guia no Prestador **7043988**

Folha: 17

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Guia		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		8 - Senha		10 - Nome DASSAEV DE SOUZA MACHADO		11 - Número do Contrato Nacional de Saúde			
13 - Código de Operadora 23876304000112		9 - Validade da Carteira		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Número da Carteira			
16 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO		18 - Conselho Profissional 06		17 - Número na Carteira 28684		19 - Código CBO 41 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Cartão de Atendimento 1		22 - Data de Solicitação 26/04/2022		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição		27 - Qi Solic. 28 - Qi Autoriz.	
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CNEB 9365230		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação do Atendente (paciente ou dependente)	
34 - Tipo Atendimento		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data		37 - Nr. Inicial 38 - Nr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Data		43 - Qtd. 44 - Vts 45 - % Red / Acres. 46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref.		49 - Gr. B. At	
50 - Total Procedimentos (R\$)		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF	
55 - Data de Realização de Procedimento em Série		56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		57 - Assinatura do Responsável		58 - Observações / Justificativa		59 - Total de Medicamentos (R\$)	
60 - Assinatura do Responsável pela Autorização		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Médicos (R\$)	
65 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		66 - Assinatura do Contratado		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Total Geral (R\$)	

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Dassaez de Souza Machado
 Nº da Carteira: 11.1.7954
 Instituição: IAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 25/07/2004

Nº da Guia: 5702.001

Data do Retorno

Horário

14:32:00

Ginásio

Atividade

Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Partes do corpo

Torção

Torção do Esquerdo

Descrição

Aluno informa que estava jogando basquete, quando pulou e caiu de mal jeito, torcendo o pé E, refere algo no local e apresenta-se edemaciado.

Testemunha da ocorrência

Luis Otávio

Telefone

(42) 9958-8893

Quem prestou primeiros socorros

Data

11/04/2022

Enfermeira Josevania Pazette

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá

Av. Independência

93

Zona 04

(44) 3220-6000

Motivo do Retorno

Liberação para retorno médico, hoje dia 26/04 as 14:40, conforme pedido médico.

Ass.:

Celia T. D. da Silva
 Enfermeira
 Coren/PR 000.602.917

Celia Teixeira Damasceno da Silva

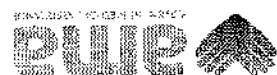
ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 35.116.763/0004-12
 Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorinho - Curitiba - Paraná - 80730-070
 Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
 assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Celia Teixeira Damasceno da Silva

1 de 1

26/04/2022



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7043988 Prontuário: 557195 SAME: 557195 Hora Atend: 14:44 Data Atend: 26/04/2022 Idade: 17 a

Paciente..... : DASSAEV DE SOUZA MACHADO

Endereço..... : GLEBA PAICANDU

Bairro..... :

Cidade..... : IVATUBA

Convenio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC

CID Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO

CID's Secundários. :

Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA

Data Saída..... : 26/04/2022

Hora Saída : 15:05

HDA
PACIENTE COM EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO APOS ENTORSE
DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO DIA
HOJE SEM QUEIXAS
RX OK

Prestador da Evolução Médica: 4031 SAMUEL MACHADO