

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 7047987000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 28/04/2022		5 - Sanha 5325003	
6 - Número da Carteira 114152		7 - Número da Guia Atribuído para Operadora 5325003	
8 - Validade da Carteira 31/12/2022		9 - Nome DEBORA CORREIA DE SOUZA	
10 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		11 - Número do Cartão Nacional da Saúde N	
12 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO		13 - Conselho Profissional 06	
14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Código CBO 225270	
16 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO		17 - Número no Conselho 28684	
18 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO		19 - Assinatura do Profissional Solicitante	
20 - Caracter do Atendimento 1		21 - Data de Solicitação 28/04/2022	
22 - Data de Solicitação 28/04/2022		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Ql Solic. 28 - Qi 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 de Atendimento (seguinte ou doença relacionada)			
34 - Tipo de Consulta 2			
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 28/04/2022 07:30 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 28/04/2022 07:55 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO			
42 - Ql. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 100.00 100.00 001 1.0 35.64 35.64			
48 - Sg. Ref. 49 - Or. Part 50 - Obs na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 12 23676304000112 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 Seta 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 135.64 60 - Total de Taxas e Anuidades (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 Médicos (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 135.64			
66 - Assinatura do Responsável para 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 5325003

Folha: 1 / 1

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	

8 - Número da Carteira 114152	9 - Validade da Carteira	10 - Nome DEBORA CORREIA DE SOUZA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Assinatura a RN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
----------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	---	---

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 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 28/04/2022	23 - Indicação Clínica Consulta em pronto socorro
-----------------------------------	--	--	--

24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0
------------------	---	--	----------------------	------------------------

(Consulta de retorno)

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 (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
-----------------------	---	-----------------------	--

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Red / Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
---	--	---

48 - Sen. Red. 49 - Gr. Part. 50 - Código na operadora/CPP 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO
--	--	--

55 - 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 OPME (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 - Nº Guia no Prestador 7047987

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal 5325003	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora	12 - Atendimento a RN N	
Dados do Beneficiário						
8 - Número da Carteira 114152	9 - Validade da Carteira	10 - Nome DEBORA CORREIA DE SOUZA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		
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 - Código CBO 225270	17 - Número no Conselho 28684	
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados						
21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 28/04/2022	23 - Indicação Clínica				
Dados do Atendimento						
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40804097	26 - Descrição RX - Ra ou pododactilto	27 - Ql Solic 1	28 - Ql Atende		
Dados do Contratado / Estabelecimento						
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	33 - Indicação de Admissão (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados						
36 - Data 1	37 - Hr. Inicial 22	38 - Hr. Final 40804097	39 - Tabela 40804097	40 - Código do Procedimento RX - Ra ou pododactilto	41 - Descrição	
Identificação do(ões) Profissional(is) Responsável(is)						
48 - Seq Ref	49 - Cr. Part	50 - Código na operadora/CPE	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	
54 - Luf						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 Autógrafos (R\$)
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)						62 - Total de OPME (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)						64 - Total Gases Médicinais (R\$)
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização						66 - Assinatura do Contratado
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						
69 - Total de Medicamentos (R\$)						70 - Total Geral (R\$)
71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
72 - Assinatura do Contratado						
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
74 - Assinatura do Contratado						
75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
76 - Assinatura do Contratado						
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
78 - Assinatura do Contratado						
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
80 - Assinatura do Contratado						
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
82 - Assinatura do Contratado						
83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
84 - Assinatura do Contratado						
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
86 - Assinatura do Contratado						
87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
88 - Assinatura do Contratado						
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
90 - Assinatura do Contratado						
91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
92 - Assinatura do Contratado						
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
94 - Assinatura do Contratado						
95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
96 - Assinatura do Contratado						
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
98 - Assinatura do Contratado						
99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
100 - Assinatura do Contratado						

7047987

Convênio CLINICA ADVENTISTA - CLAC

Atendimento: 7047987

Consultas: 7047987

Atendimento: 7047987

Impresso por: RSC/CELULO

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

2 - Nº Guia no Prestador 7047987

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	13 - Nr. Guia Principal 5325003
4 - Data de Autorização	5 - Senha
6 - Data de Emissão	6 - Data Validada da Senha
8 - Número da Carteira 114152	9 - Validado da Carteira
10 - Nome DEBORA CORREIA DE SOUZA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
12 - Atendimento a RN	
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 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caudal de Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 28/04/2022
23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento 40804097
26 - Descrição RX - Pe ou pododactilo	27 - Ql Solic. 1
28 - Ql Autoriz. 0	
30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código UNES 9365230
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Atendimento (epidemiológico ou diagnóstico)
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 - Cidade 43 - Via 44 - Tel.	45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unilato (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
48 - Seq. Ref.	49 - G. Part 50 - Código no operacional/CPF 51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF	54 - Código CBO
56 - Data de Realização do 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 OPMs (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	

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Débora Correia de Souza
 Nº da Carteira: 11.4.152
 Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 27/08/2001

Nº da Guia: 5325.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)
19/03/2022	23:10:00	Quadra		

O que aconteceu

Partes do corpo

Pé Direito, Calcanhar Direito

Torção

Descrição

Aluna relata que durante o jogo de basquete, aluna relata que foi driblar a adversária e ao fazer o movimento para o lado e pisar no chão, sentiu o pé ir de um lado para o outro. Referiu forte algia no mesmo momento.

Testemunha da ocorrência

Mayara Vanessa

Telefone

(44) 99896-6110

Quem prestou primeiros socorros

Gilberto Junior

Data

19/03/2022

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá

Av. Independência

93

Zona 04

(44) 3220-6000

Motivo do Retorno

Retorno a pedido médico no dia 28/04 quinta-feira às 8:45 da manhã.

Ass.:

Josefaria Ramos Pazette Fagundes

Josefaria Ramos Pazette Fagundes

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 - Bigorinho - Curitiba - Paraná - 80730-070
 Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
 assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Josefaria Ramos Pazette

1 de 1

27/04/2022

PRESCRIÇÃO: 6598700 DATA: 28/04/2022 07:55

USUÁRIO: SMACHADO
ATENDIMENTO: 7047987 DT NASC: 27/08/2001 (20A 8M 1D)

PACIENTE: 554313 - DEBORA CORREIA DE SOUZA

PESO: ALTURA: SUP. CORPORA: 28/04/2022 07:30 0 DIAS(S) INT

MÉDICO: SAMUEL MACHADO SERVIÇO:

UNID. INT.: CLINICA ESPECIALIDADES - HBSM LEITO.: COBERTURA:

CID.: DIAGNÓSTICO: PROTOCOLO:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

7047987

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS

Justificativa: I

Obs.: VER AGORA



Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 /// TEOT 15284

SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

Rubrica do Médico

1ª VIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 7047987 Prontuário: 554313 SAME: 554313 Hora Atend: 07:30 Data Atend: 28/04/2022
Paciente.....: DEBORA CORREIA DE SOUZA Idade: 20 a
Endereço.....: RUS GLEBA PAISANDU
Bairro.....:
Cidade.....: IVATUBA
Convenio.....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC UF.: PR CEP: 87130000
CID Principal.....: S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO Plano....: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID's Secundários.....:
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA Hora Saída : 08:49
Data Saída.....: 28/04/2022

HDA
FRATURA DE BASE DO QUINTO A DIREITA
SOL RX CONSOLIDAÇÃO OK
RETORNO SN

Prestador da Evolução Médica: 4031 SAMUEL MACHADO

PRESCRIÇÃO: 6598700
SECTOR SOLIC: CLINICA ESPECIALIDADES - HBSM
ATENDIMENTO: 7047987
PACIENTE: 554313 - DEBORA CORREIA DE SOUZA NASC: 27/08/2001 20A BM 1D
ORIGEM ATD: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
CONVENIO: CLINICA ADVENTISTA - CIAC
PRESTADOR: 28684 SAMUEL MACHADO
ACOMODACAO: UNID INTERN: CLINICA ESPECIALIDADES - HBSM
CID: USUARIO: SMACHADO
Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado
Para: 55 RADIOLOGIA ORTOPEdia - HBSM

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatur.
--------	-----	--------	-------------	----------	------------------	-------------

5	1	*2497440*	28/04/2022		*3118694*	32040105
8		2497440	07:55		3118694	AT

Observação: VER AGORA
Justificativa: L

SAMUEL MACHADO
CRM-PR : 28684