

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

2 - Nº Guia no Prestador 6618367000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
24/08/2021

5 - Senha

114830

6 - Data de Validade da Senha

114830

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
114830

9 - Validade da Carteira

01/01/2025

10 - Nome

ANA CAROLINE MARTINS CARVALHO

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
ANDRE ALBERTI CASADEI

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

38632

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação

24/08/2021

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 Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 18/08/2021 15:58 15:58 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 56.50 56.50

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 ANDRE ALBERTI CASADEI

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 38632 41 225270

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de CPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)
56.50 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 56.50

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: BSHOTTA

Data/Hora: 20/10/2021 13:06:46

Contat/ote: 3514689

Atendimento: 6618367

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
CNPJ: 23.876.304/0001-12
FATURAMENTO
2512680

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: *Ana Carolina Martins Carvalho*
Nº da Carteirainha:
Instituição: *Cla.C.*



Data de Nascimento: *28/10/1999* Nº da Guia: 0

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade

O que aconteceu	Partes do corpo

Descrição

Testemunha da ocorrência	Telefone

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone

Observações
<i>Liberação para o retorno médico.</i>

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

Ass.: *Célia T. D. da Silva*

Dr. André Luiz Paschoa
Ouro Preto - Minas Gerais
CRM-MG 36.632

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 - Bigorilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

6618967.

114830.

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

2 - Nº Guia no Prestador **6618367**

Folha: 1 / 1

ANEX

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído para Operadora	
8 - Número da Carteira 114830			
9 - Nome ANA CAROLINE MARTINS CARVALHO			
10 - Nome ANA CAROLINE MARTINS CARVALHO			
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 ANDRE ALBERTI CASADEI		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 38632		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 24/08/2021			
23 - Indicação Clínica		24 - Data 25 - Código do Procedimento 10101012	
26 - Descrição Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)		27 - QI Solic. 1	
28 - QI Autoriz. 0		29 - Código CNES 9365230	
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 de Encerramento do Atendimento			
36 - Data 37 - Hr Inicial 38 - Hr Final			
39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição			
42 - Cide 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Red / Acrec. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)			
48 - Seq Ref. 49 - Gr-Part 50 - Código na operador/CPF 51 - Nome do Profissional			
52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO			
55 - Data de Realização do Procedimento em Site 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 Ana Carolina Martins			

6618367