

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

2 - Nº Guia no Prestador 6639020000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 20/10/2021		5 - Senha 3340004	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3340004	
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 226270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação/ Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 01/09/2021	
23 - Indicação Clínica			
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 9365230			
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta 2		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 01/09/2021 13:54 13:54 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 56,50	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - S4 - 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 - _ _ _ _ _		3 - _ _ _ _ _	
2 - _ _ _ _ _		4 - _ _ _ _ _	
5 - _ _ _ _ _		7 - _ _ _ _ _	
6 - _ _ _ _ _		8 - _ _ _ _ _	
9 - _ _ _ _ _		10 - _ _ _ _ _	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 56.50		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OFME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 56.50			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A CNPJ: 23.876.304/0001-12			

6639020

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ana Caroline Martins Carvalho
Nº da Carteira: 11.4.830
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 28/10/1999

Nº da Guia: 3340.004



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/05/2021	22:04:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Ombro Direito

Descrição

Em jogo de futsal, ao defender a bola fez movimento de rotação com ombro Direito. Possível luxação de MSD. Apresenta deformidade. SIC, relata que já é a terceira vez que ocorre luxação no mesmo local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	08/05/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá	31, Av. Independência	3	Zona 04	(44) 3220-6000

Motivo do Retorno

Aluna estava aguardando uma avaliação médica com o Dr. Thiago Cândido que seria no dia 06/09 a pedido do Dr. André Casadei (para avaliação cirúrgica), mas a mesma não está aguentando esperar dia 06 pois refere muita dor em membro afetado, então foi solicitado uma nova consulta com o médico atual para a seja reavaliada o mais breve possível.

Ass.:

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 6639020

Folha: 1 / 1

AM A

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora	

Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 114830		9 - Validade da Carteira		10 - Nome ANA CAROLINE MARTINS CARVALHO		11 - Numero 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 - Numero 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 13/10/2021		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101012		26 - Descrição Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)		27 - Ql Solic. 1	
28 - Ql Autoriz. 0							

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		33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento							

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37 - Hr. Inicial		38 - Hr. Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qlde		43 - Via		44 - Tpe.		45 - % Ref / Acres.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
---	--	-------------------------------	--	----------------	--	-------------	--	-----------------------------	--	----------------	--	-----------	--	----------	--	-----------	--	---------------------	--	---------------------------	--	------------------------	--

Identificação (de) Profissional(s) Executante(s)		48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Numero no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO	
--	--	----------------	--	---------------	--	------------------------------	--	---------------------------	--	----------------------------	--	-------------------------	--	---------	--	-----------------	--

56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Total de Realizações em Série		59 - Assinatura do Responsável pela Autorização		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 Médicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
--	--	--	--	------------------------------------	--	---	--	--------------------------------------	--	-------------------------------------	--	--------------------------	--	----------------------------------	--	-----------------------------------	--	------------------------	--

66 - Observação / Justificativa		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
---------------------------------	--	--	--	-------------------------------	--

Impresso por: NBFERLINE Data/Hora: 13/10/2021 12:45:21 Contat/Loc: 6639020 Atendimento: 6639020 Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6639020