

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

2 - Nº Guia no Prestador 6608626000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 12/08/2021	5 - Semha 3299006	6 - Data de Validade da Semha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3299006
---------------------------------------	----------------------	-------------------------------	--

8 - Número da Carteira 1141276	9 - Validade da Carteira 30/12/2022	10 - Nome JENNYFFER NOVELI DA SILVA	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 SAMUEL MACHADO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28684	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 12/08/2021	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 9366230

Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (cadente ou doença relacionada)	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 12/08/2021 09:22 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	42-Qtd. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 56.50 56.50

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)	
48-Sq. 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									
1 - / /	2 - / /	3 - / /	4 - / /	5 - / /	6 - / /	7 - / /	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 CPME (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
---	--	--	-------------------------------

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	--	-------------------------------

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	--	-------------------------------

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	--	-------------------------------

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	--	-------------------------------

**FATURA**  
 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A  
 CNPJ: 23.876.304/0001-12  
 2511726\*

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Jennyffer Noveli da Silva  
**Nº da Carteira:** 11.4.1276  
**Instituição:** IAP - Ensino Superior



**Data de Nascimento:** 04/05/1998

**Nº da Guia:** 3299.006

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/03/2021	16:00:00	Campo	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

## Descrição

Aluna interna relata que estava participando de uma atividade recreativa (promovida pela direção interna) em uma carrocinha que era puxada por um bugue, quando o motorista perdeu o controle, bateu na curva e a carrocinha caiu em cima de seu tornozelo e pé esquerdo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rafaela	(44) 99940-2893

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto	28/03/2021

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

Motivo do Retorno
Aluna encaminhada para nova avaliação medica.

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

Ass.:

*Célia Teixeira Damasceno Da Silva*

Célia 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: 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



