

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

2 - Nº Guia no Prestador 7084068000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
16/05/2022

5 - Senha

5964001

6 - Data de Validade da Senha

5964001

8 - Número da Carteira
11410226

9 - Validade da Carteira
21/12/2023

10 - Nome

GABRIELLE SOUZA DE OLIVEIRA

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
WESLEY GUIDI SECCO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

41

18 - UF

225270

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
16/05/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql.Solic.

28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Excedente

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código ONES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

1

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde.

43 - Via

44 - Téc.

45 - Fator R/Acr

46 - Valor Unitário

47 - Valor Total

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Sq. Reg.

49 - Gr. Part

50 - Cód na operadora

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Número no Conselho

57 - Valor

58 - Total

59 - Valor

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Contratado

59 - Assinatura do Profissional

60 - Assinatura do Profissional

61 - Assinatura do Profissional

38 - 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\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: GSSANTOS

Data/Hora: 15/06/2022 10:47:28

Controle: 3822418

Atendimento: 7084068

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

20000110

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

2 - Nº Guia no Prestador 7084068000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 16/05/2022		5 - Senha 5964001	
6 - Número da Carteira 11410226		9 - Validade da Carteira 21/12/2023	
10 - Nome GABRIELLE SOUZA DE OLIVEIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 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 WESLEY GUIDI SECCO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 23975		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Carteira do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 16/05/2022	
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 (ocidente 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 1 16/05/2022 08:15 08:15		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PRE	
42 - Ql.de. 43 - Yla 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 56.50		48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CNP 51 - Nome do Profissional 12 23876304000112 WESLEY GUIDI SECCO	
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 06 23975		54 - UF 55 - Código CBO 41 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
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			

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabrielle Souza de Oliveira
Nº da Carteirinha: 11.4.10226
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 02/03/2003

Nº da Guia: 5964.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
01/05/2022	10:00:00	Rio	Trillife

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluno relata que estava andando no rio, escorregou em uma pedra, torcendo o pé. relata dor intensa, não consegue firmar o pé no chão

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gabi	(48) 98401-0151

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfermeiro Gilberto	01/05/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Motivo do Retorno

Aluna foi avaliada pelo médico e o mesmo não solicitou retorno, todavia a mesma continua sentido dor ao pisar no chão e apresenta discreto edema no tornozelo. Solicito avaliação com o ortopedista.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes

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

Impresso por: Joserlania Ramos Pazette
Fagundes

1 de 1

15/05/2022

7084068

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

2 - Nº Guia no Prestador **5964001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro AIS
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
11410226

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
GABRIELLE SOUZA DE OLIVEIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operadora
2387630400112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
WESLEY GUIDI SECCO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

23975

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
16/05/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101012

26 - Descrição
Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Ql.Solic.

1

28 - Ql.Autoriz.

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

2387630400112

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 (acidente 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 - Têc.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

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 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

Impresso por: SCVARSAMINI

Data/Hora: 16/05/2022 08:17:01

Central/Doc: 7084068

Atendimento: 7084068

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7084068

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7084068 Prontuário: 559747 SAME: 559747 Hora Atend: 08:15 Data Atend: 16/05/2022
Paciente..... : GABRIELLE SOUZA DE OLIVEIRA Idade: 19 a
Endereço..... : RUA GLEBA PAISANDU
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 16/05/2022 Hora Saída : 08:27

Prestador da Evolução Médica: 1583 WESLEY GUIDI SECCO
--

HDA

pcte com entorse de tornozleo

EXAME FISICO

melhora da dor
estabilidade ok
em uso de robofoot

DIAGNOSTICO - HISTORICO

entorse

TRATAMENTO

orientacoes
fst
retrono

WESLEY GUIDI SECCO / 23975
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

