

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

2 - N° Guia no Prestador 7048390000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro AINS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Sentença	
6 - Data do Beneficiário		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Número da Carteira 11110794		9 - Validade da Carteira 31/12/2024	
10 - Nome GILBERTO MACIEL DE FREITAS FILHO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
12 - Nome do Contratado 23876304000112		13 - Nome do Operadora HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
14 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO		15 - Número no Conselho 28684	
16 - UF 41		17 - Código CBO 225270	
18 - Assinatura do Profissional Solicitante		19 - Assinatura do Profissional Solicitante	
20 - Data de Solicitação 28/04/2022		21 - Indicação Clínica	
22 - Tipo de Atendimento 1		23 - Data de Solicitação 28/04/2022	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	
27 - Ql. Solto		28 - Ql. Autoriz.	
29 - Nome do Contratado Especialista 30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
31 - Código na Operadora 23876304000112		32 - Tipo de Atendimento 04	
33 - Indicação de Atendimento 34 - Motivo de Encerramento do Atendimento 35 - Tipo de Consulta 1		36 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
37 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 28/04/2022 06:40 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO			
42 - Ql. de 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Ace 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 300.00 100.00			
48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Ccd na operadora/CFF 51 - Nome do Profissional 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 São 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total da Procedimentos (R\$) 100.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (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 Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 100.00		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 70483900000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Número da Carteira 11110794		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Validade da Carteira 31/12/2024		9 - Data de Validade da Senha	
10 - Nome GILBERTO MACEL DE FREITAS FILHO		11 - Número do Cartão Nacional (ra Saúde)	
12 - Atendimento a RN N			
Dados do Beneficiário			
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO		16 - UF 06	
17 - Número no Conselho 28684		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados de Solicitação, Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 28/04/2022	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	
27 - Qi Solic.		28 - Qi Autoriz.	
Dados do Contratado, Beneficiário			
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 Aderência (acidente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 1 28/04/2022 08:40		37 - Hr. Inicial 08:40	
38 - Data 22		39 - Tabela 10101039	
40 - Procedimento CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
42 - Qtdde. 001		43 - Via 1.0	
44 - Fator R/Acr 1.0		45 - Valor Unitário 100.00	
46 - Valor Total 100.00		47 - Valor Total 100.00	
Manifestação (de) Profissional(s) Executante(s)			
48 - Sd. Ref. 1		49 - Gr. Part 12	
50 - Cód na operadora/CNP 23876304000112		51 - Nome do Profissional SHAUEL MACHADO	
52 - Conselho Prof 06			
53 - Número no Conselho 28684		54 - UF 41	
55 - Código CBO 225270			
56 - Data da Realização de Procedimentos em Sdte 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 -		2 -	
3 -		4 -	
5 -		6 -	
7 -		8 -	
9 -		10 -	
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 100.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPMs (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 100.00			
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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 7048390

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	6 - Sítio
5 - Número da Carteira 11110794	9 - Validação da Carteira
10 - Nome GILBERTO MACIEL DE FREITAS FILHO	11 - Número do Cadastro Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN N	
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 28884	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Causa do Atendimento	22 - Data da Solicitação 28/04/2022
23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código de Procedimento 26 - Descrição 1 22 10101039 Consulta em pronto socorro
27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0
50 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A	
51 - Código CNES 9365230	
52 - Tipo Atendimento	53 - Indicação do Acidente (decente ou doença traumática)
54 - Tipo de Consulta	55 - Motivo do Encaminhamento do Atendimento
56 - Data 37 - H. Inicial 38 - H. 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 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part 50 - Código na operação/CPF 51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF	54 - Código CBO
55 - 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 de Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gasto Medicinal (R\$)
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização	66 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gilberto Marcel de Freitas Filho
 Nº da Carteira: 11.1.10794
 Instituição: IAP - Educação Básica
 Data de Nascimento: 25/08/2005

Nº da Guia: 5708.002



guia não impressa

708390

Data de Retorno	11/04/2022	Horário	20:54:00	Local	Dormitório (Ex.: residencial)	Atividade	Brincadeiras entre colegas
-----------------	------------	---------	----------	-------	-------------------------------	-----------	----------------------------

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

Descrição
 Aluno refere que estava no dormitório quando foi brincar com o colega, e este acabou chutando sua canela direita. Sentiu algia mas continuou sua atividade, percebeu depois de um tempo quando a algia piorou e ficou edemaciada.

Testemunha da ocorrência	Lorran	Telefone	(43) 99859-9719
--------------------------	--------	----------	-----------------

Quem prestou primeiros socorros	Enf. Joserania Pazette.	Data	11/04/2022
---------------------------------	-------------------------	------	------------

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 8:25 da manhã.
-------------------	---

Ass.: *Joserania Pazette*

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

Impresso por: Joserania Ramos Pazette

1 de 1

27/04/2022