



**Prefeitura do Município de Maringá**  
**Secretaria de Fazenda**  
**Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e**

Número **15.008**  
Código verificação **655-EF2-06D**  
Emitido em **13/11/2020 17:53:02**



RPS Nº 14952 Série F de 13/11/2020 Lote 37864

**Prestador de Serviços**

CNPJ: **23.876.304/0001-12** Inscrição Municipal: 191342  
Razão Social: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A**  
Nome Fantasia: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A**  
Endereço: **AVENIDA INDEPENDENCIA, 93, DT 01 A 14, Zona 04**  
Município: **MARINGÁ - PR**  
Email: **contabilidade@santantasaude.com.br**

CEP: 87.015-020  
Fone: (44) 3041-7312



**Tomador de Serviços**

CNPJ: **15.116.763/0004-12**  
Razão Social: **INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE**  
Endereço: **JULIO DA COSTA, 1447, Bigorilho**  
Município: **CURITIBA - PR**  
Email: **jadertinelli@clinicaadventista.org.br**

CEP: 80.730-070  
Fone: (04) 13240-2935

**Discriminação dos Serviços**

CONSULTAS MEDICAS R\$ 56.50 | RADIODIAGNOSTICO R\$ 35.64 ISS 2.00 R 1.84 PIS 0.00 R 0.00 COFINS  
0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00

**Valor Total da NFS-e**

**R\$ 92,14**

**Item da Lista de Serviços**

04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

| Valor Total Deduções | Desc. Incondicionado | Base de Cálculo   | Aliquota (%)      | Valor do ISSQN            |
|----------------------|----------------------|-------------------|-------------------|---------------------------|
| 0,00                 | 0,00                 | 92,14             | 2,00              | 1,84                      |
| Valor do PIS         | Valor da COFINS      | Valor do INSS     | Valor do IRRF     | Valor do CSLL             |
| 0,00                 | 0,00                 | 0,00              | 0,00              | 0,00                      |
| Outras Retenções     | Desc. Condicionado   | Valor Líquido     | Competência       | Resp. Recolhimento do ISS |
| 0,00                 | 0,00                 | 92,14             | 11/2020           | Prestador                 |
| Optante Simples      | Regime               | Situação da NFS-e | Natureza Operação | Município Credor          |
| Não                  | Normal               | Normal            | 1 - Exigível      | Maringá - PR              |

**Outras Informações**

Consulte a autenticidade deste documento em <https://ecity.maringa.pr.gov.br>

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A  
INDEPENDENCIA 93 ZONA 04 CEP: 87015-020  
MARINGA - PR E-mail:  
TELEFONE: 3032-1818  
INSCR. C.N.P.J.: 23.876.304/0001-12  
INSCR. C.C.M.: 191342  
INSCR. ESTADUAL: ISENTO

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS Série: F  
Nº 14952  
NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços  
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica  
DATA DE EMISSÃO 13/11/2020 FOLHA 1  
NFE:  
cod. Verificacao:

RESPONSÁVEL: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE  
ENDEREÇO: JULIO DA COSTA, 1447

MUNICÍPIO: CURITIBA

FONE RES.: (41)3240-2935

FONE COM.: (41)3240-2935

No. INSCR. C.P.F./C.N.P.J.: 15.116.763/0004-12

No. INSCR. EST./RG: ISENTO

BAIRRO: BIGORRILHO

ESTADO: PR

CEP: 80730070

E-MAIL: JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.OF

No. INSCR. C.C.M.:

OBS.:

| UNID. | QTDE. | DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS                                               | PREÇO UNIT. | PREÇO TOTAL |
|-------|-------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
|       |       | CONSULTAS MEDICAS                                                        | 56,50       | 56,50       |
|       |       | RADIODIAGNOSTICO                                                         | 35,64       | 35,64       |
|       |       | ISS 2.00 R 1.84 PIS 0.00 R 0.00<br>COFINS 0.00 R 0.00<br>ISS 0.00 R 0.00 |             |             |
|       |       | Valor Líquido =                                                          | 92,14       |             |
|       |       | TOTAL DO RPS =>                                                          |             | 92,14       |

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A os serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 14952

DATA RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Este documento trata-se de um RPS (Recibo Provisório de Serviços) que será convertida em Nota Fiscal Eletrônica em prazo legal

**\*82137\***

|                 |       |
|-----------------|-------|
| Total : 1       | 92,14 |
| Total Geral : 1 | 92,14 |

2 - Nº Guia no Prestador **6255785000000**

Folha: 1 / 1

|                                             |            |
|---------------------------------------------|------------|
| 1 - Registro ANS                            | 000000     |
| 3 - Número da Guia Principal                |            |
| 5 - Sentin                                  | 2177001    |
| 6 - Data de Validade da Sentin              |            |
| 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | 2177001    |
| 4 - Data de Autorização                     | 30/10/2020 |

|                                          |                          |
|------------------------------------------|--------------------------|
| Dados do Beneficiário                    |                          |
| 8 - Número da Carteira                   | 9 - Validade da Carteira |
| 114499                                   | 31/12/2021               |
| 10 - Nome                                |                          |
| LETICIA KATRIELE QUINTELA PEREIRA FRANCA |                          |
| 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde  |                          |
| 12 - Atendimento a RN                    |                          |
| N                                        |                          |

|                                       |                                             |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 13 - Código da Operadora              | 14 - Nome do Contratado                     |
| 23876304000112                        | HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A      |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante | 16 - Conselho Profissional                  |
| SAMUEL MACHADO                        | 06                                          |
| 17 - Número no Conselho               | 18 - UF                                     |
| 28684                                 | 41                                          |
| 19 - Código CBO                       | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante |
| 225270                                |                                             |

| Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados |                             |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 21 - Cartão do Atendimento                                | 22 - Data da Solicitação    |
| 1                                                         | 30/10/2020                  |
| 23 - Indicação Clínica                                    |                             |
| 24 - Tabela                                               | 25 - Código do Procedimento |
|                                                           | 26 - Descrição              |

| Item                 | Assinatura      | Assinatura        |
|----------------------|-----------------|-------------------|
| ou Item Assistencial | 27 - Cf. Solic. | 28 - Cf. Autoriz. |

|                                             |                                                                   |                             |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 29 - Código na Operadora<br>223876304000112 | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A | 31 - Código CNES<br>9365230 |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

|                       |                                                             |                       |                                            |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| 32 - Tipo Atendimento | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento |
| 04                    | 9                                                           | 1                     |                                            |

| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados |            |         |        |       |           |                 |                         |         |        |         |                |          |          |                |
|-------------------------------------------------------|------------|---------|--------|-------|-----------|-----------------|-------------------------|---------|--------|---------|----------------|----------|----------|----------------|
| 6-Dia                                                 | 37-Hr.     | Inicial | 38-Hr. | Final | 39-Tabula | 40-Procedimento | 41-Descrição            | 42-Qde. | 43-Via | 44-Réc. | 45-Fator R/Acr | 46-Valor | Unitário | 47-Valor Total |
| 1                                                     | 30/10/2020 | 13:55   | 13:55  |       | 22        | 10101012        | CONSULTA EM CONSULTÓRIO |         |        |         |                |          | 56.50    | 56.50          |
| 2                                                     | 30/10/2020 | 14:30   | 14:30  |       | 22        | 40804097        | RX - PE OU PODOFACILIO  |         |        |         |                |          | 35.64    | 35.64          |

| Qualificação do Profissional(s) Executante(s) |
|-----------------------------------------------|
|                                               |

| 8-Sq.Ref. | 49-Gf.Part | 50-Cód na operadora/CPF | 51-Nome do Profissional | 52-Conselho Prof | 53-Número no Conselho | 54-UF | 55-Código CBO |
|-----------|------------|-------------------------|-------------------------|------------------|-----------------------|-------|---------------|
| 1         | 12         | 23876304000112          | SAUDELM MACHADO         | 06               | 28684                 | 41    | 225270        |

**Observations / Illustration**

\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_

|                                      |       |
|--------------------------------------|-------|
| 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\$) |       |
| 65 - Total Geral (R\$)               | 92.14 |

|                                                |                                                |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Assinatura do Responsável pela Autorização     |                                                |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |                                                |
| 68 - Assinatura do Contratante                 | CNPJ: 23.876.304/0001-12<br><b>FATURAMENTO</b> |

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

2 - Nº Guia no Prestador **6255785**

Folha: 1 / 1

CLAC

1 - Registro ANS  
000000

3 - N.º Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

LETICIA KATRIELE QUINTELA PEREIRA FRANCA

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

06

28684

41

225270

Assinatura do Profissional Solicitante

SAMUEL MACHADO

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Q1 Solic.

28 - Q1 Autoriz.

29 - Q1 Solic.

30 - Q1 Autoriz.

1

30/10/2020

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Q1 Solic.

28 - Q1 Autoriz.

29 - Q1 Solic.

30 - Q1 Autoriz.

1

22

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Q1 Solic.

28 - Q1 Autoriz.

29 - Q1 Solic.

30 - Q1 Autoriz.

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

32 - Código CBO

33 - Código CBO

34 - Código CBO

35 - Código CBO

36 - Código CBO

37 - Código CBO

38 - Código CBO

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Descrição

37 - Descrição

38 - Descrição

39 - Descrição

40 - Descrição

41 - Descrição

42 - Descrição

43 - Descrição

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - H. Inicial

38 - H. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1 Solic.

43 - Q1 Solic.

44 - Q1 Solic.

45 - Q1 Solic.

46 - Q1 Solic.

47 - Q1 Solic.

48 - Q1 Solic.

49 - Q1 Solic.

50 - Q1 Solic.

51 - Q1 Solic.

52 - Q1 Solic.

53 - Q1 Solic.

54 - Q1 Solic.

55 - Q1 Solic.

56 - Q1 Solic.

57 - Q1 Solic.

58 - Q1 Solic.

59 - Q1 Solic.

60 - Q1 Solic.

61 - Q1 Solic.

62 - Q1 Solic.

63 - Q1 Solic.

64 - Q1 Solic.

65 - Q1 Solic.

66 - Q1 Solic.

67 - Q1 Solic.

68 - Q1 Solic.

69 - Q1 Solic.

70 - Q1 Solic.

71 - Q1 Solic.

72 - Q1 Solic.

73 - Q1 Solic.

74 - Q1 Solic.

75 - Q1 Solic.

76 - Q1 Solic.

77 - Q1 Solic.

78 - Q1 Solic.

79 - Q1 Solic.

80 - Q1 Solic.

81 - Q1 Solic.

82 - Q1 Solic.

83 - Q1 Solic.

84 - Q1 Solic.

85 - Q1 Solic.

86 - Q1 Solic.

87 - Q1 Solic.

88 - Q1 Solic.

89 - Q1 Solic.

90 - Q1 Solic.

91 - Q1 Solic.

92 - Q1 Solic.

93 - Q1 Solic.

94 - Q1 Solic.

95 - Q1 Solic.

96 - Q1 Solic.

97 - Q1 Solic.

98 - Q1 Solic.

99 - Q1 Solic.

100 - Q1 Solic.

101 - Q1 Solic.

102 - Q1 Solic.

103 - Q1 Solic.

104 - Q1 Solic.

105 - Q1 Solic.

106 - Q1 Solic.

107 - Q1 Solic.

108 - Q1 Solic.

109 - Q1 Solic.

110 - Q1 Solic.

111 - Q1 Solic.

112 - Q1 Solic.

113 - Q1 Solic.

114 - Q1 Solic.

115 - Q1 Solic.

116 - Q1 Solic.

117 - Q1 Solic.

118 - Q1 Solic.

119 - Q1 Solic.

120 - Q1 Solic.

121 - Q1 Solic.

122 - Q1 Solic.

123 - Q1 Solic.

124 - Q1 Solic.

125 - Q1 Solic.

126 - Q1 Solic.

127 - Q1 Solic.

128 - Q1 Solic.

129 - Q1 Solic.

130 - Q1 Solic.

131 - Q1 Solic.

132 - Q1 Solic.

133 - Q1 Solic.

134 - Q1 Solic.

135 - Q1 Solic.

136 - Q1 Solic.

137 - Q1 Solic.

138 - Q1 Solic.

139 - Q1 Solic.

140 - Q1 Solic.

141 - Q1 Solic.

142 - Q1 Solic.

143 - Q1 Solic.

144 - Q1 Solic.

145 - Q1 Solic.

146 - Q1 Solic.

147 - Q1 Solic.

148 - Q1 Solic.

149 - Q1 Solic.

150 - Q1 Solic.

151 - Q1 Solic.

152 - Q1 Solic.

153 - Q1 Solic.

154 - Q1 Solic.

155 - Q1 Solic.

156 - Q1 Solic.

157 - Q1 Solic.

158 - Q1 Solic.

159 - Q1 Solic.

160 - Q1 Solic.

161 - Q1 Solic.

162 - Q1 Solic.

163 - Q1 Solic.

164 - Q1 Solic.

165 - Q1 Solic.

166 - Q1 Solic.

167 - Q1 Solic.

168 - Q1 Solic.

169 - Q1 Solic.

170 - Q1 Solic.

171 - Q1 Solic.

172 - Q1 Solic.

173 - Q1 Solic.

174 - Q1 Solic.

175 - Q1 Solic.

176 - Q1 Solic.

177 - Q1 Solic.

178 - Q1 Solic.

179 - Q1 Solic.

180 - Q1 Solic.

181 - Q1 Solic.

182 - Q1 Solic.

183 - Q1 Solic.

184 - Q1 Solic.

185 - Q1 Solic.

186 - Q1 Solic.

187 - Q1 Solic.

188 - Q1 Solic.

189 - Q1 Solic.

190 - Q1 Solic.

191 - Q1 Solic.

192 - Q1 Solic.

193 - Q1 Solic.

194 - Q1 Solic.

195 - Q1 Solic.

196 - Q1 Solic.

197 - Q1 Solic.

198 - Q1 Solic.

199 - Q1 Solic.

200 - Q1 Solic.

201 - Q1 Solic.

202 - Q1 Solic.

203 - Q1 Solic.

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

2 - Nº Guia no Prestador 6255785

Folha: 1 / 1

CLAC

1 - Registro ANS  
000000

3 - N. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

114499

9 - Validade da Carteira

LETICIA KATRIELE QUINTELA PEREIRA FRANCA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Aumento 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

*Samuel Machado*

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

30/10/2020

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assinatura

40804097

26 - Descrição

RX - Rx ou pododactilo

27 - Q1 Solic.

1

28 - Q1 Autoriz.

0

Dados do Contrato 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

33 - Indicação da 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 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtda. 43 - Via

44 - Tdc

45 - % Red. / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Excitante(s)

48 - Seg. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na Operadora/CNP

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data da 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 Taxas do Material (R\$)

62 - Total de OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ASBECO

Data/Hora: 30/10/2020 14:33:12

Contato: 6255785

Atendimento: 6255785

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Leticia Katriele Quintela Pereira França

**Nº da Carteirinha:** 11.4.499

**Instituição:** IAP - Ensino Superior

**Data de Nascimento:** 27/04/1998

**Nº da Guia:** 2177.001



| Data do Retorno | Horário  | Local            | Atividade                          |
|-----------------|----------|------------------|------------------------------------|
| 08/10/2020      | 20:30:00 | Campo de futebol | Atividades esportivas fora de aula |

### O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

### Partes do corpo

Pé Esquerdo, 5º Dedo Pé Esquerdo

### Descrição

Aluna interna relata que estava jogando bola quando foi chutar a bola e ocorreu que chutou o colega. A aluna ficou com muita algia em dedo mínimo do pé esquerdo e apresenta cianose e edema.

### Testemunha da ocorrência

Gilberto

### Telefone

(51) 98270-3529

### Quem prestou primeiros socorros

Gilberto

### Data

09/10/2020

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

### Motivo do Retorno

Aluna encaminhada ao hospital para retorno à pedido médico. no dia 30/10. Às 13:40.

Ass.: 

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

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

# RETORNO DOS PACIENTES DA ORTOPEDIA

| Identificação                                                                              |                               |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------|
| Nome do Paciente<br><b>LETICIA KATRIELE QUINTELA PEREIRA FRANCA</b>                        |                               |              |
| Convênio<br>CLINICA ADVENTISTA                                                             | Diagnóstico<br>FRATURA 5 meta |              |
| Especialidade<br>equipe do pe                                                              |                               |              |
| AGENDAR A CONSULTA NA ORTOPEDIA BOM SAMARITANO, AV INDEPENDENCIA 112<br>TELEFONE 3262 4020 |                               |              |
| Data do Agendamento<br>30/10/                                                              | Horário Agendado              | Agendado Por |
| ORIENTAÇÕES                                                                                |                               |              |
| FAZER RAO X                                                                                | ( ) SIM                       | ( ) NÃO      |
| COM TALA/GESSO                                                                             | ( ) SIM                       | ( ) NÃO      |
| ( ) Clavícula                                                                              | ( ) Bacia                     |              |
| ( ) Ombro                                                                                  | ( ) Quadril                   |              |
| ( ) Braço                                                                                  | ( ) Coxa                      |              |
| ( ) Cotovelo                                                                               | ( ) Joelho                    |              |
| ( ) Antebraço                                                                              | ( ) Perna                     |              |
| ( ) Punho                                                                                  | ( ) Tornozelo                 |              |
| ( ) Mão                                                                                    | ( ) Pé                        |              |
| ( ) Coluna                                                                                 |                               |              |
| CURATIVO                                                                                   | ( ) SIM                       | ( ) NÃO      |
| OBS<br><b>AGENDAR CONSULTA EM 2 SEMANAS</b><br><b>(LIGAR NO NUMERO 3262 4020)</b>          |                               |              |
| <b>NÃO ESQUECER DE LEVAR ESSE ENCAMINHAMENTO PARA O MÉDICO NO DIA DO RETORNO</b>           |                               |              |
| Assinatura do médico solicitante                                                           |                               |              |
| Maringá, 14/10/20                                                                          |                               |              |



Atendimento: 6255785 Pedido: 2214686 Ac. Number: 2764665  
Registro / Nome: LETICIA KATRIELE QUINTELA PEREIRA FRANCA  
Data de Nascimento: 27/04/1998 Idade: 22 anos, 6 meses e 3 dias Sexo: F  
00:00:00  
Pedido do Exame: 30/10/2020 14:30:00 Laudado: 04/11/2020  
16:05:34  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

**RX - PÉ ESQUERDO (AP / OBLÍQUO )**

Fratura transversal completa da diáfise média da falange proximal do quinto pododáctilo esquerdo, sem deslocamento significativo dos fragmentos ósseos.

Espaços articulares preservados.

*Filipi G. R.*

FILIPÍ GUILHEN PASIN R

CRM- Pr: 35107

*Oscar Adolfo Fonzar*

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6255785    Prontuário: 481112    SAME: 481112  
Paciente..... : LETICIA KATRIELE QUINTELA PEREIRA FRANCA  
Endereço..... : ZONA RURAL  
Bairro..... :  
Cidade..... : IVATUBA  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
CID Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA  
Data Saída..... : 30/10/2020

Hora Atend: 13:55    Data Atend: 30/10/2020  
Idade: 22 a

UF.: PR    CEP: 87130000  
Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM

Hora Saída : 15:17

Prestador da Evolução Médica: 4031    SAMUEL MACHADO

**HDA**

FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO QUINTO DEDO DO PE ESQUERDO  
ORIENTAÇÕES  
SOL RX COM CONSOLIDAÇÃO OK

*Samuel Machado*  
28684 / TEOT 15234  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

SAMUEL MACHADO / 28684  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 5614520 DATA: 30/10/2020 14:30  
USUÁRIO.....: SMACHADO  
ATENDIMENTO: 6255785 DT NASC: 27/04/1998 (22A 6M 5D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 481112 - LETICIA KATRIELE QUINTELA PEREIRA FRANCA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 30/10/2020 13:55 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO:  
UNID. INT...: CLINICA ESPECIALIDADES- HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico



### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

|  | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|--|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
|--|-----|---------|----|-----|------------|---------------|

|   |  |                               |   |  |  |  |
|---|--|-------------------------------|---|--|--|--|
| 1 |  | RX MEM INF PE OU PODODACTILOS | 1 |  |  |  |
|---|--|-------------------------------|---|--|--|--|

Justificativa.: L

Obs.: VER AGORA

SAMUEL MACHADO  
CRM-PR: 28684



PRESCRIÇÃO.: 5614520  
SETOR SOLIC: CLINICA ESPECIALIDADES- HBSM  
ATENDIMENTO: 6255785  
PACIENTE...: 481112 - LETICIA KATRIELE QUINTELA PEREIRA FRANCA NASC: 27/04/1998 22A 6M 5D  
ORIGEM ATD.: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PRESTADOR...: 28684 SAMUEL MACHADO  
ACOMODAÇÃO.:  
UNID INTERN: CLINICA ESPECIALIDADES- HBSM  
CID.....: USUÁRIO: SMACHADO

DATA PRESCRIÇÃO: 30/10/2020 14:30  
NR CARTEIRA: 114499

VALIDADE:  
SERVIÇO:

LEITO:

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado  
Para: 55 RADIOLOGIA ORTOPEDIA - HBSM

| Exames                    | Qtd | Pedido                                                                                       | Data Coleta         | Material | Accession Number                                                                               | Cod. Fatur.    |
|---------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| PE OU<br>PODODACTIL<br>OS | 1   | <br>2214686 | 30/10/2020<br>14:30 |          | <br>2764665 | 32040105<br>AT |

Observação: VER AGORA  
Justificativa: L



SAMUEL MACHADO  
CRM-PR : 28684