

[illegible]

Agrupamento: **1 - AMBULATORIAL** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAL**

Remessa: **84392** Competência: **04/2021** Entrega: **14/04/2021**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**



Nota Fiscal

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
25/03/2021	25/03/2021	2228002		3413168	6432354	CAMILE GOULART DE OLIVEIR CLINICA DE ESPECIA	35,64

Total : 1 35,64

Total Geral : 1 35,64

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

2 - Nº Guia no Prestador 6432354000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 29/03/2021 5 - Sentia 2228002 6 - Data de Validade da Sentença 2228002 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 2228002

8 - Número da Carteira 1141558 9 - Validade da Carteira 01/01/2023 10 - Nome CAMILE GOULART 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 JOAO MIGUEL CASADO NETO 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 27211 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exams Solicitados 21 - Caracter do Atendimento 1 22 - Data da Solicitação 29/03/2021 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 (paciente ou doença relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 2 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exams Realizados 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 1 25/03/2021 15:13 15:13 22 40803120 EX - MAO OU QUIRODACTILO 001 35.64 35.64

Identificação do(a) Profissional(ais) Executante(s) 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

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\$) 35.64 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 Medicinas (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 35.64 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Profissional de MARINGA S/A



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

2 - Nº Guia no Prestador 6432354

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número do Beneficiário
141558

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

CAMILE GOULART DE OLIVEIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
JOAO MIGUEL CASADO NETO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
27211

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação
25/03/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
40803120

26 - Descrição
RX - Mão ou quírodactílio

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

1

0

29 - Contrato Exatente

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES
23876304000112

32 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

33 - Código CNES
9365230

34 - Tipo de Atendimento

35 - Indicação de Atendimento (incidente ou doença relacionada)

36 - Tipo de Consulta

37 - Motivo de Encerramento do Atendimento

38 - Data

39 - Hr. Inicial

40 - Hr. Final

41 - Tabela

42 - Código do Procedimento

43 - Descrição

44 - Cide

45 - Via

46 - Tpc

47 - % Pod / Acresc.

48 - Valor Unitário (R\$)

49 - Valor Total (R\$)

50 - Identificação do Profissional (Executante)

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Assinatura do Profissional

57 - Data da Realização do Procedimento em Série

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Responsável

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPUe (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

70 - Total Taxas de Materiais (R\$)

71 - Total de OPUe (R\$)

72 - Total de Medicamentos (R\$)

73 - Total Gases Médicos (R\$)

74 - Total Geral (R\$)

Impressão por: CTS/ALVES

Data/Hora: 25/03/2021 15:23:39

Contat/Lim: 6432354

Atendimento: 6432354

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



Reformar
Se. Ver. hoje.

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Camille Goulart de Oliveira
Nº da Carteirinha: 11.4.1558
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 22/07/2003

Nº da Guia: 2228.002

0482354

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
14/02/2021	20:15:00	Piscina	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Partes do corpo

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna interna relata que estava participando de uma atividade que precisava estourar o balão sentando em cima, e acabou sentando em cima do dedo. Apresenta algia ao mexer o membro do dedo médio da mão E.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Gilberto Júnior

(51) 99827-0352

Quem prestou primeiros socorros

Data

Gilberto Júnior

14/02/2021

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

Retorno a pedido médico no dia 25 de Março de 2021.

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000 602.977

Ass.: Célia T. D. 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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

PRESCRIÇÃO.: 5836177 DATA: 25/03/2021 15:13
USUÁRIO....: JMCNETO
ATENDIMENTO: 6432354 DT NASC: 07/07/2003 (17A 8M 19D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 517566 - CAMILE GOULART DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/03/2021 15:02 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: JOAO MIGUEL CASADO NETO SERVIÇO:
UNID. INT.: CLINICA ESPECIALIDADES - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

1	RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1				
Justificativa.: 3º dedo da mão esquerda - com tala						

João Miguel Casado
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 27211

JOAO MIGUEL CASADO NETO
CRM-PR: 27211