

RPS Nº 18259 Série F de 13/05/2021 Lote 270335

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@santeritasaude.com.br

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



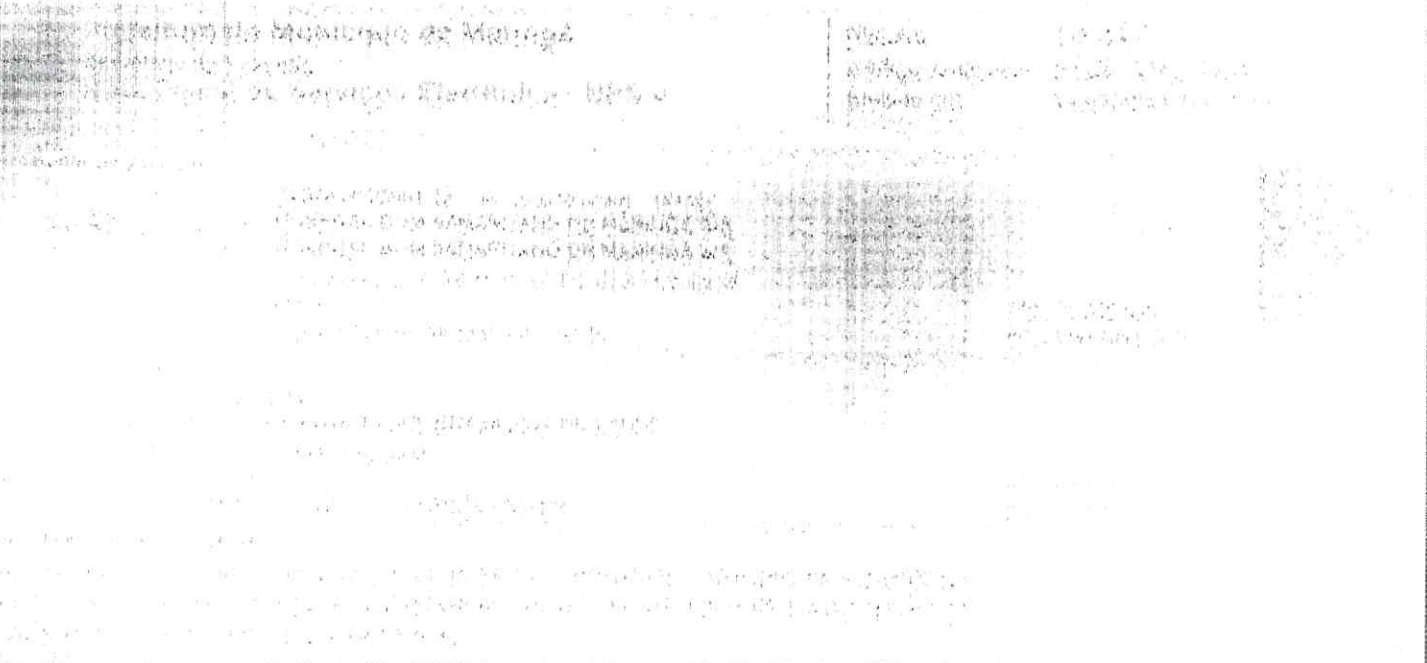
Tomador de Serviços

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: (41) 3240-2935

Discriminação dos Serviços

DIARIAS R\$ 172,00|EQUIP/MATERIAIS ESPECIAIS R\$ 129,24|MATERIAL CONSIGNADO R\$ 220,00|MATERIAL HOSPITALAR R\$ 502,81|MEDICAMENTOS R\$ 173,57|RADIODIAGNOSTICO R\$ 35,64|REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 1.035,93|TAXAS R\$ 926,25| | ISS (%) 2.00 R\$ 63.91 | PIS (%) 0.00 R\$ 0.00 | COFINS (%) 0.00 R\$ 0.00



Valor Total da NFS-e			R\$ 3.195,44	
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	Alíquota (%)	Valor do ISSQN
0,00	0,00	3.195,44	2,00	63,91
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	3.195,44	05/2021	Prestador
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor
Não	Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR

Agrupamento: **2 - INTERNACAO** Tipo de Agrupamento: **CONTA HOSPITALAR**

Remessa: **85201** Competência: **05/2021**

Entrega: **15/05/2021**

85201

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

Nota Fiscal

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
02/05/2021	04/05/2021	3320	3320	406328	6471489	GUILHERME MIGUEL RODRIGL PRONTO SOCORRO	3.195,44

Total : 1 3.195,44

Total Geral : 1 3.195,44

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

2 - Nº Guia no Prestador 6471462000000

Folha: 1 / 3

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data de Validade da Setor

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
1141630

9 - Validade da Carteira
02/05/2022

10 - Nome
GUILHERME MIGUEL RODRIGUES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
898002991045371

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
PLANTAO EVANDRO LUIZ FELIPE

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
27089

18 - UF
41

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação - Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
02/05/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic.
28 - QI 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 (acidente 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	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qrde.	43-Via	44-Tec.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1.02/05/2021	18:39	18:39	22	30711029	IMOBILIZACAO DE MEMBRO INFERIOR	001	1	1.0	1.0	21.00	21.00
2.02/05/2021	19:45	19:45	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001		1.0	1.0	100.00	100.00
3.02/05/2021	19:46	19:46	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001		1.0	1.0	35.64	35.64
4.02/05/2021	19:46	19:46	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILIO	001		1.0	1.0	35.64	35.64
5.02/05/2021	20:08	20:08	22	40804062	RX - PATELA	001		1.0	1.0	36.72	36.72

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

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 PLANTAO EVANDRO LUIZ FELIPE
2 12 23876304000112 PLANTAO LUIZ CARLOS DE ANDRADE FILHO

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 27089 41 225124
06 28128 41 225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Setor 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /
2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Médicos (R\$) 65 - Total de Outros (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Profissional Solicitante

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
CNPJ: 23.876.304/0001-12
FATURAMENTO

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

2 - Nº Guia no Prestador 6471462000000

Folha: 2 / 3

1 - Registro AHS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentin

6 - Data de Validade da Sentin

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

1141530

02/05/2022

GUILHERME MIGUEL RODRIGUES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

898002991045371

12 - Atendimento a RV

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

PLANTAO EVANDRO LUIZ FELIPE

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

27089

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

02/05/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic. 28 - QI 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 (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 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

6 02/05/2021	20:08	20:08	22	40804070	RX - PERNA	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Rec.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
7 02/05/2021	20:08	20:08	22	41001141	TC - ARTICULACAO (ESTERNOCLAVICULAR OU OMERO. OU CO	001			1.0	35.64	35.64
8 02/05/2021	20:48	20:48	22	40301630	CRANIOTOMIA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	001			1.0	360.56	360.56
9 02/05/2021	20:48	20:48	22	40302318	POTASSIO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	001			1.0	4.75	4.75
10 02/05/2021	20:48	20:48	22	40302423	SODIO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	001			1.0	4.75	4.75

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód 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 - / / 3 - / / / 5 - / / / 7 - / / / 9 - / / /
2 - / / 4 - / / / 6 - / / / 8 - / / / 10 - / / /

58 - 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

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

2 - Nº Guia no Prestador 6471462000000

Folha: 3 / 3

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Sentia	
6 - Data de Validade da Sentia		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 1141530		9 - Validade da Carteira 02/05/2022		10 - Nome GUILHERME MIGUEL RODRIGUES		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898002991045371		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 PLANTAO EVANDRO LUIZ FELIPE		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 27089		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 02/05/2021		23 - Indicação Clínica					
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Ql.Solic.		28 - Ql.Autoriz.					

Dados do Contrato Específico		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 (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 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição										
11	02/05/2021	20:48	20:48	22	40302580	UREIA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	001	42 - Qtd.	43 - Via 44 - Têc.	45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
12	02/05/2021	20:48	20:48	22	40304361	HEROGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRACOES (ER	001	1.0	1.0	4.75
13	02/05/2021	20:48	20:48	22	40304922	CONJUGIOGRAMA (TS, TC, PROVA DO LACO, RETRACAO DO C	001	1.0	1.0	10.55
								29.91		29.91

Identificação do(s) Profissional(is) Escritante(s)															
48 - Sq. Ref.		49 - Gr. Part		50 - Cód 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 -		3 -		5 -		7 -		9 -	
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -	

58 - Observação / Justificativa									
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

59 - Total de Procedimentos (R\$) 684.66		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 322.09		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 36.25		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 1043.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização													
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável													
68 - Assinatura do Contratado													

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada		3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado		5 - Código CINES	
000000		6471462000000		23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		9365230	

17 - Registro ANVISA do Material	6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
14 - 03	02/05/2021	18:39:00	a	18:39:00	19	0000045573	2	036	1.00	13.57	27.14
20 - Descrição: ATADURA GESSADA 10 CM											
15 - 03	02/05/2021	18:39:00			19	70014280	1	036	1.00	1.36	1.36
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 25 X 7 / 0.70 X 25 / 22G 1											
16 - 03	02/05/2021	18:39:00			19	70034710	2	036	1.00	7.43	14.87
20 - Descrição: Atadura Ortopedica de Algodao e Algodao Ortopedico - Atadura Ortopedica de Algodao Cremer 20cm x 1.0											
17 - 03	02/05/2021	18:39:00			19	70222797	1	036	1.00	114.04	114.04
20 - Descrição: FAMILIA DE EQUIPOS PARA INFUSAO GRAVITACIONAL DE SOLUCOES PARENTERAIS E MEDICACOES - Intrafix Prime											
18 - 03	02/05/2021	18:39:00			19	70223769	1	036	1.00	34.93	34.93
20 - Descrição: POLIFIX EQUIPO PARA INFUSAO SIMULTANEA DE SOLUCOES PARENTERAIS - Polifix 2											
19 - 03	02/05/2021	18:39:00			19	70705291	1	036	1.00	1.72	1.72
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ml (Bico Luer Lock)											
20 - 03	02/05/2021	18:39:00			19	70705321	2	036	1.00	2.80	5.60
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)											
21 - 03	02/05/2021	18:39:00			19	70852588	2	036	1.00	0.06	0.12
20 - Descrição: ATADURA DE CREPOM - Atadura Crepon Cygne 10cm X 1.80m											
22 - 03	02/05/2021	18:39:00			19	78516005	1	036	1.00	122.31	122.31
20 - Descrição: ABBOCATH 18 G CATETER DE SEGURANCA FECHADO											
23 - 02	02/05/2021	18:39:00			20	90123115	1	013	1.00	7.74	7.74
20 - Descrição: SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML SF											

21 - Total de Gases Medicinas (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OFME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****

Impresso por: SCSANTOS

Data/Hora: 13/05/2021 14:37:36

Contato: 3433117

Atendimento: 6471462

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

3433117

343317

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador **6471489**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira 1141530		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento de RN N			
10 - Nome GUILHERME MIGUEL RODRIGUES		11 - Cartão Nacional de Saúde 898002991045371	
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código na Operadora 23876304000112		13 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
14 - Nome do Profissional Solicitante LUIZ CARLOS DE ANDRADE FILHO		15 - Conselho Profissional 06	16 - Número no Conselho 28128
17 - UF 41		18 - Código CBO 225270	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código na Operadora / CNPJ 23876304000112		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
21 - Data sugerida para Internação 02/05/2021			
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Tipo de Internação 1	24 - Regime de Internação	25 - Qtde. de Diárias Solicitadas 00
26 - Previsão de uso de OPME N		27 - Previsão de uso de quimioterápico N	
28 - Indicação Clínica			
29 - CID 10 Principal(Opcional) S930			
30 - CID 10 (2)(Opcional)		31 - CID 10 (3)(Opcional)	
32 - CID 10 (4)(Opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	
Procedimentos Solicitados			
34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic
1	30728096	FRATURA DE TORNOZELO - TRATAMENTO CONSERVADOR	1
2	60000805	DIARIA DE ENFERMARIA 2 LEITOS	1
			38 - Qtde Aut 0
Dados da Autorização			
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar		40 - Qtde. Diárias Autorizadas	
41 - Tipo da Acomodação Autorizada			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 23876304000112		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
44 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa			
46 - Data da Solicitação 03/05/2021			
47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>X. Gomes Salca</i>	
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

Impresso por: LVSNOVAIS Data/Hora: 03/05/2021 01:00:08 Conta/Lote: 6471489 Atendimento: 6471489 Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLA *6471489

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 3320

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal 3320
----------------------------	--------------------------------

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 1141530		9 - Validade da Carteira	10 - Nome GUILHERME MIGUEL RODRIGUES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898002991045371	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 LUIZ CARLOS DE ANDRADE FILHO		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28128	18 - UF 41	19 - Código CBO 226270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Cartão do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 04/05/2021		23 - Indicação Clínica	
---	--	---------------------------------	--	--	--	------------------------	--

24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Ql. Solic. 1		28 - Ql. Autoriz. 0	
1		22		30728126					
2		22		30731151					
				Fraturas e/ou luxações ao nível do tornozelo - tratamento cirurgico					
				Tenorrafia no tunel osteofibroso ate 2 digitos					

Dados do Contratado Executante		29 - Código na Operadora 23876304000112		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	
----------------------	--	-----------------------	--	---	--	-----------------------	--	--	--

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 - Tdc.		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Seg. Ref.		49 - Gr. Part		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		64 - 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 OPI/IE (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
1- _____		3- _____		4- _____		5- _____		6- _____		7- _____		8- _____		9- _____		10- _____			
2- _____		3- _____		4- _____		5- _____		6- _____		7- _____		8- _____		9- _____		10- _____			

1X PARAFUSO CORTICAL 3,5 + 1XX PARAFUSO CORTICAL FORNECEDOR VITAMEDI

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

6471489



E-Mail



Mais ▾

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Guilherme Miguel Rodrigues

Nº da Carteirinha: 11.4.1530

Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 17/11/2002

Nº da Guia: 3320

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/05/2021	17:28:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Tornozelo Esquerdo

Descrição

Dividida de bola em jogo de handebol, foi empurrado e caiu sobre a perna. Possível luxação de tibia em MIE. Apresenta deformidade no local, refere dor, com perda de motricidade do membro. Membro imobilizado com tala e atadura.

Testemunha da ocorrência

Gilberto Junior

Telefone

51982703529

Quem prestou primeiros socorros

Gilberto Junior

Data

02/05/2021

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

Observações

Aluno interno encaminhado para avaliação médica

Ass:

Celia Teixeira Damasceno Da Silva



REDMI NOTE 8 PRO



64MP QUAD CAMERA

VIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO. (Conforme dados abaixo)



7% usado

Mensagens 1 - 50 de 487

