



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

Número **18.320**
Código verificação **649-D6B-822**
Emitido em **13/05/2021 15:53:46**



RPS Nº 18260 Série F de 13/05/2021 Lote 270341

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@santeritasauade.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, Bigorriho**
Município: **CURITIBA - PR**
Email: **JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.ORG.BR**

CEP: **80.730-070**
Fone: **(41) 3240-2935**

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 100,00 | MATERIAL HOSPITALAR R\$ 322,09 | MEDICAMENTOS R\$ 36,25 | PATOLOGIA CLINICA R\$ 59,46 | RADIOLOGICO R\$ 143,64 | REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 21,00 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA R\$ 360,56 | ISS (%) 2.00 R\$ 20.86 | PIS (%) 0.00 R\$ 0.00 | COFINS (%) 0.00 R\$ 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 1.043,00

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	1.043,00	2,00	20,86
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	1.043,00	05/2021	Prestador
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor
Não	Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR

Outras Informações

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

Remessa: **85190** Competência: **05/2021** Entrega: **15/05/2021**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

85190

Nota Fiscal

Período

Início	Termo	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
02/05/2021	02/05/2021	6471462000000		3433117	6471462	GUILHERME MIGUEL RODRIGL PRONTO SOCORRO	1.043,00

Total : 1 1.043,00

Total Geral : 1 1.043,00

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

2 - Nº Guia no Prestador 6471462000000

Folha: 1 / 3

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data de Validade da Sentença

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 do Solicitante 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

Dados do Contratado

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	42 - Qtd	43 - V/A	44 - V/A	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	1.0	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	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	1.0	35.64	35.64
4 02/05/2021	19:46	19:46	22	40804097	RX - PE OU PODOCACTILIO	001	1.0	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	1.0	36.72	36.72

Identificação do(a) Profissional(a) 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 26128 41 225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 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 Outros Serviços (R\$)

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

FATURAMENTO

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

2 - Nº Guia no Prestador 6471462000000

Folha: 2 / 3

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela 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

1141530

02/05/2022

GUILHERME MIGUEL RODRIGUES

898002991045371

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

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

27089

41

225124

PLANTAO EVANDRO LUIZ FELIPPE

Dados da Solicitação Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

02/05/2021

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql.Solic.

28 - Ql.Autoriz.

ou Item Assistencial

Dados do Contratado Excitante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

9

1

40804070

40804070

40804070

Dados do Atendimento

04

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

48 - Sd. 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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Solicitante

71 - Assinatura do Operador

72 - Assinatura do Beneficiário

73 - Assinatura do Profissional

74 - Assinatura do Solicitante

75 - Assinatura do Operador

76 - Assinatura do Beneficiário

77 - Assinatura do Profissional

78 - Assinatura do Solicitante

79 - Assinatura do Operador

80 - Assinatura do Beneficiário

81 - Assinatura do Profissional

82 - Assinatura do Solicitante

83 - Assinatura do Operador

84 - Assinatura do Beneficiário

85 - Assinatura do Profissional

86 - Assinatura do Solicitante

87 - Assinatura do Operador

88 - Assinatura do Beneficiário

89 - Assinatura do Profissional

90 - Assinatura do Solicitante

91 - Assinatura do Operador

92 - Assinatura do Beneficiário

93 - Assinatura do Profissional

94 - Assinatura do Solicitante

95 - Assinatura do Operador

96 - Assinatura do Beneficiário

97 - Assinatura do Profissional

98 - Assinatura do Solicitante

99 - Assinatura do Operador

100 - Assinatura do Beneficiário

101 - Assinatura do Profissional

102 - Assinatura do Solicitante

103 - Assinatura do Operador

104 - Assinatura do Beneficiário

105 - Assinatura do Profissional

106 - Assinatura do Solicitante

107 - Assinatura do Operador

108 - Assinatura do Beneficiário

109 - Assinatura do Profissional

110 - Assinatura do Solicitante

111 - Assinatura do Operador

112 - Assinatura do Beneficiário

113 - Assinatura do Profissional

114 - Assinatura do Solicitante

115 - Assinatura do Operador

116 - Assinatura do Beneficiário

117 - Assinatura do Profissional

118 - Assinatura do Solicitante

119 - Assinatura do Operador

120 - Assinatura do Beneficiário

121 - Assinatura do Profissional

122 - Assinatura do Solicitante

123 - Assinatura do Operador

124 - Assinatura do Beneficiário

125 - Assinatura do Profissional

126 - Assinatura do Solicitante

127 - Assinatura do Operador

128 - Assinatura do Beneficiário

129 - Assinatura do Profissional

130 - Assinatura do Solicitante

131 - Assinatura do Operador

132 - Assinatura do Beneficiário

133 - Assinatura do Profissional

134 - Assinatura do Solicitante

135 - Assinatura do Operador

136 - Assinatura do Beneficiário

137 - Assinatura do Profissional

138 - Assinatura do Solicitante

139 - Assinatura do Operador

140 - Assinatura do Beneficiário

141 - Assinatura do Profissional

142 - Assinatura do Solicitante

143 - Assinatura do Operador

144 - Assinatura do Beneficiário

145 - Assinatura do Profissional

146 - Assinatura do Solicitante

147 - Assinatura do Operador

148 - Assinatura do Beneficiário

149 - Assinatura do Profissional

150 - Assinatura do Solicitante

151 - Assinatura do Operador

152 - Assinatura do Beneficiário

153 - Assinatura do Profissional

154 - Assinatura do Solicitante

155 - Assinatura do Operador

156 - Assinatura do Beneficiário

157 - Assinatura do Profissional

158 - Assinatura do Solicitante

159 - Assinatura do Operador

160 - Assinatura do Beneficiário

161 - Assinatura do Profissional

162 - Assinatura do Solicitante

163 - Assinatura do Operador

164 - Assinatura do Beneficiário

165 - Assinatura do Profissional

166 - Assinatura do Solicitante

167 - Assinatura do Operador

168 - Assinatura do Beneficiário

169 - Assinatura do Profissional

170 - Assinatura do Solicitante

171 - Assinatura do Operador

172 - Assinatura do Beneficiário

173 - Assinatura do Profissional

174 - Assinatura do Solicitante

175 - Assinatura do Operador

176 - Assinatura do Beneficiário

177 - Assinatura do Profissional

178 - Assinatura do Solicitante

179 - Assinatura do Operador

180 - Assinatura do Beneficiário

181 - Assinatura do Profissional

182 - Assinatura do Solicitante

183 - Assinatura do Operador

184 - Assinatura do Beneficiário

185 - Assinatura do Profissional

186 - Assinatura do Solicitante

187 - Assinatura do Operador

188 - Assinatura do Beneficiário

189 - Assinatura do Profissional

190 - Assinatura do Solicitante

191 - Assinatura do Operador

192 - Assinatura do Beneficiário

193 - Assinatura do Profissional

194 - Assinatura do Solicitante

195 - Assinatura do Operador

196 - Assinatura do Beneficiário

197 - Assinatura do Profissional

198 - Assinatura do Solicitante

199 - Assinatura do Operador

200 - Assinatura do Beneficiário

201 - Assinatura do Profissional

202 - Assinatura do Solicitante

203 - Assinatura do Operador

204 - Assinatura do Beneficiário

205 - Assinatura do Profissional

206 - Assinatura do Solicitante

207 - Assinatura do Operador

208 - Assinatura do Beneficiário

209 - Assinatura do Profissional

210 - Assinatura do Solicitante

211 - Assinatura do Operador

212 - Assinatura do Beneficiário

213 - Assinatura do Profissional

214 - Assinatura do Solicitante

215 - Assinatura do Operador

216 - Assinatura do Beneficiário

217 - Assinatura do Profissional

218 - Assinatura do Solicitante

219 - Assinatura do Operador

220 - Assinatura do Beneficiário

221 - Assinatura do Profissional

222 - Assinatura do Solicitante

223 - Assinatura do Operador

224 - Assinatura do Beneficiário

225 - Assinatura do Profissional

226 - Assinatura do Solicitante

227 - Assinatura do Operador

228 - Assinatura do Beneficiário

229 - Assinatura do Profissional

230 - Assinatura do Solicitante

231 - Assinatura do Operador

232 - Assinatura do Beneficiário

233 - Assinatura do Profissional

234 - Assinatura do Solicitante

235 - Assinatura do Operador

236 - Assinatura do Beneficiário

237 - Assinatura do Profissional

238 - Assinatura do Solicitante

239 - Assinatura do Operador

240 - Assinatura do Beneficiário

241 - Assinatura do Profissional

242 - Assinatura do Solicitante

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

2 - Nº Guia no Prestador 6471462000000

Folha: 3 / 3

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

8 - Numero da Carteira 1141530	9 - Validade da Carteira 02/05/2022	10 - Nome GUILHERME MIGUEL RODRIGUES	11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde 898002991045371	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 PLANTAO EVANDRO LUIZ FELIPE	16 - Conselho Profissional 06
17 - Numero no Conselho 27089	18 - UF 41
19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira 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 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
--	----------------	--------------------------------------

29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230
--	---	-----------------------------

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

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

48 - Sd. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Prof 53 - Numero no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
---	--

56 - Data de Realização de Procedimentos em Séne 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -	

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 CPWE (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 SR/SADI e Resumo de Internação)

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

6-CD	7-Data	8-Hora Inicial	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Cidade	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material										
14 - 03	02/05/2021	18:39:00	a	18:39:00	19		0000045673		13.57	27.14
20 - Descrição: ATADURA GESSADA 10 CM										
15 - 03	02/05/2021	18:39:00		18:39:00	19		70014280		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		18:39:00	19		70034710		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		18:39:00	19		70222797		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		18:39:00	19		70223769		34.93	34.93
20 - Descrição: POLIFIX EQUIPO PARA INFUSAO SIMULTANEA DE SOLUCOES PARENTERAIS - Polifix 2										
19 - 03	02/05/2021	18:39:00		18:39:00	19		70705291		1.72	1.72
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ml (Bico Luer Lock)										
20 - 03	02/05/2021	18:39:00		18:39:00	19		70705321		2.80	5.60
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)										
21 - 03	02/05/2021	18:39:00		18:39:00	19		70852588		0.06	0.12
20 - Descrição: ATADURA DE CREPOM - Atadura Crepom Cysne 10cm X 1,80m										
22 - 03	02/05/2021	18:39:00		18:39:00	19		78516005		122.31	122.31
20 - Descrição: ABOGATH 18 G CATETER DE SEGURANCA FECHADO										
23 - 02	02/05/2021	18:39:00		18:39:00	20		90123115		7.74	7.74
20 - Descrição: SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML SF										

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

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada									
000000		6471462000000									
Dados do Contratado Executante											
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado									
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A									
5 - Código CNES											
9365230											
Despesas Realizadas											
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Cide.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$	
17 - Registro ANVISA do Material											18-Referência do material no fabricante
24 - 02	02/05/2021	18.39.00	a	18.39.00	20		90330048		15.04	15.04	
20 - Descrição: TRAMAL 100MG INJ - GRUNENTHAL											
25 - 02	02/05/2021	18.39.00		18.39.00	20		90359321		8.85	8.85	
20 - Descrição: PLAMET											
26 - 02	02/05/2021	18.39.00		18.39.00	20		90470800		3.13	3.13	
20 - Descrição: NOVALGINA											
27 - 02	02/05/2021	18.39.19		18.39.19	20		90007131		0.74	1.49	
20 - Descrição: AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL											
21 - Total de Gases Medicinais (R\$)											
0.00											
22 - Total de Medicamentos (R\$)											
36.25											
23 - Total de Materiais (R\$)											
322.09											
24 - Total de OPME (R\$)											
0.00											
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)											
0.00											
26 - Total de Diárias (R\$)											
0.00											
27 - Total Geral (R\$)											
358.34											

Impresso por: SCSANTOS

Data/hora: 13/05/2021 15:32:43

Contalote: 3433117

Atendimento: 6471462

ConvênioCLINICA ADVENTISTA - CLAC

3433117

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

2 - Nº Guia no Prestador 6471462

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal 3320	
4 - Data de Autorização		5 - Sembr	
6 - Data Validade da Sembr		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 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 Dr. Luiz Carlos de Andrade Filho	
21 - Cartão de Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 03/05/2021		23 - Indicação Clínica	

24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 30711029		26 - Descrição Imobilizacao de membro inferior		27 - Ql Solic. 1		28 - Ql Autoriz. 0	
-------------	--	--	--	---	--	---------------------	--	-----------------------	--

Dados do Contrato Excecute		29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contrato HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CNES 9365230	
----------------------------	--	--	--	---	--	-----------------------------	--

Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
----------------------	--	-----------------------	--	---	--	-----------------------	--	--	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exams Realizados		36 - Data		37 - Hr. Inicial		38 - Hr. Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qlde.		43 - Via		44 - Tec.		45 - % Real / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
--	--	-----------	--	------------------	--	----------------	--	-------------	--	-----------------------------	--	----------------	--	------------	--	----------	--	-----------	--	-----------------------	--	---------------------------	--	------------------------	--

Identificação do(s) Profissional(is) Excecute(s)		48 - Seq. 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 do CPME (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: CFSILVA Data/Hora: 03/05/2021 01:22:41 Contabilize: 6471462 Atendimento: 6471462 Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

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

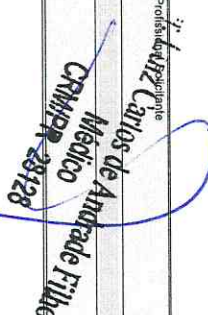
2 - Nº Guia no Prestador 6471462

Folha: 1 / 1

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

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional da Saúde		12 - Atendimento a RM	
8 - Número da Carteira		1141530		GUILHERME MIGUEL RODRIGUES		898002991045371		N	

Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado		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		PLANTAO EVANDRO LUIZ FELIPE		06		27089		41		225124		 Carlos de Andrade Filho CRM/RP 28128			
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica													
2		03/05/2021															

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
1	22	40804089	1	0
2	22	41001141	1	0
3	22	40804097	1	0
4	22	40804070	1	0
5	22	40804062	1	0
		RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)		
		TC - Articulacao (esternoclavicular ou ombro ou cotovelo ou punho ou s		
		RX - Pe ou pododactilo		
		RX - Perna		
		RX - Patela		

Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
29 - Código na Operadora		23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	

Dados da Execução, Procedimentos e Exames Realizados		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtd.		43 - Via	44 - Tec.
45 - % Red / Acrec.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)			

Identificação de(s) Profissional(is) Executante(s)		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		64 - Código CBO	
48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part											

56 - Data da Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -
7 -	8 -	9 -	10 -		

59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de CPME (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									



2 - Nº Guia no Prestador 6471462

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	9 - Validade da Carteira
1141530	
10 - Nome	
GUILHERME MIGUEL RODRIGUES	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
898002991045371	
12 - Atendimento a RH	
N	

23876304000112		13 - Nome do Operadora		14 - Nome do Contratado	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
PLANTAO EVANDRO LUIZ FELIPE		06		27089	
18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
41		225124		 Evandro Luiz Felipe	
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
2		03/05/2021			
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
1	22	40302318	Potássio - pesquisa e/ou dosagem		
2	22	40304361	Hemograma com contagem de plaquetas ou fracos (eritrograma, leucogram		
3	22	40304922	Coagulograma (TS, TC, prova do laço, retracço do coágulo, contagem de		
4	22	40302423	Sódio - pesquisa e/ou dosagem		
5	22	40302580	Ureia - pesquisa e/ou dosagem		
		27 - Ql. Solic.		28 - Ql. Autoriz.	
		1		0	
		1		0	
		1		0	
		1		0	
		1		0	

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
	31 - Código CNES
	9365230

Dados do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (atidente ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Escisão / Procedimentos e Exames Realizados											
35 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtdo.	43 - Via	44 - Téc.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Excitante(a)	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
49 - Gr. Part.						
48 - Seq. Ref.						

	56 - Data de Realização do Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1- _____	_____	_____
2- _____	_____	_____
3- _____	_____	_____
4- _____	_____	_____
5- _____	_____	_____
6- _____	_____	_____
7- _____	_____	_____
8- _____	_____	_____
9- _____	_____	_____
10- _____	_____	_____

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 Casos Medicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				

Impresso por: CF-SILVA

Data/Hora: 03/05/2021 01:16:46

Conta/Lote: 6471462

Alendramento: 6471462

Convenio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



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

2 - Nº Guia no Prestador 6471462

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

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

GUILHERME MIGUEL RODRIGUES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

888002991045371

12 - Atendimento a RM

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

Dr. Luiz Carlos de Andrade Filho

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

03/05/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou

26 - Descrição

Item Assistencial

27 - Qd. Solic.

28 - Qd. Autoriz.

1	22	40301630	Creatinina - pesquisa e/ou dosagem	1	0
2	20	90330048	TRAMAL 100MG INF - GRONDENTHAL	1	0
3	20	90470800	NOVALGINA	1	0
4	20	90123115	SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML SF	1	0
5	20	90359321	PLANET	1	0

Dados do Contratado e 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

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 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Real.

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

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPRME (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: CFSILVA

Data/Hora: 03/05/2021 01:17:39

Central/Id: 6471462

Atendimento: 6471462

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC



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

2 - Nº Guia no Prestador 3320

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
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
1141530

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
GUILHERME MIGUEL RODRIGUES

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
PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
28131

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. Luiz Carlos de Andrade Filho

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
02/05/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic.
1

28 - Ql. Autoriz.
0

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

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\$)

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

32 - Código CBO

33 - Assinatura do Contratado

34 - Nome do Contratado

35 - Número do Conselho

36 - UF

37 - Código CBO

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

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\$)

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. Prof.

50 - Código na operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Realização do Procedimento em Série

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Total de OPME (R\$)

64 - Total de Medicamentos (R\$)

65 - Total de Gases Medicinais (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

67 - Total Geral (R\$)

68 - Assinatura do Contratado

69 - Total Geral (R\$)

70 - Assinatura do Contratado

71 - Total Geral (R\$)

72 - Assinatura do Contratado

73 - Total Geral (R\$)

74 - Assinatura do Contratado

75 - Total Geral (R\$)

76 - Assinatura do Contratado

77 - Total Geral (R\$)

78 - Assinatura do Contratado

79 - Total Geral (R\$)

80 - Assinatura do Contratado

81 - Total Geral (R\$)

82 - Assinatura do Contratado

83 - Total Geral (R\$)

84 - Assinatura do Contratado

85 - Total Geral (R\$)

86 - Assinatura do Contratado

87 - Total Geral (R\$)

88 - Assinatura do Contratado

89 - Total Geral (R\$)

90 - Assinatura do Contratado

91 - Total Geral (R\$)

92 - Assinatura do Contratado

93 - Total Geral (R\$)

94 - Assinatura do Contratado

95 - Total Geral (R\$)

96 - Assinatura do Contratado

97 - Total Geral (R\$)

98 - Assinatura do Contratado

99 - Total Geral (R\$)

100 - Assinatura do Contratado

101 - Total Geral (R\$)

102 - Assinatura do Contratado

103 - Total Geral (R\$)

104 - Assinatura do Contratado

105 - Total Geral (R\$)

106 - Assinatura do Contratado

107 - Total Geral (R\$)

108 - Assinatura do Contratado

109 - Total Geral (R\$)

110 - Assinatura do Contratado

111 - Total Geral (R\$)

112 - Assinatura do Contratado

113 - Total Geral (R\$)

114 - Assinatura do Contratado

115 - Total Geral (R\$)

116 - Assinatura do Contratado

117 - Total Geral (R\$)

118 - Assinatura do Contratado

119 - Total Geral (R\$)

120 - Assinatura do Contratado

121 - Total Geral (R\$)

122 - Assinatura do Contratado

123 - Total Geral (R\$)

124 - Assinatura do Contratado

125 - Total Geral (R\$)

126 - Assinatura do Contratado

127 - Total Geral (R\$)

128 - Assinatura do Contratado

129 - Total Geral (R\$)

130 - Assinatura do Contratado

131 - Total Geral (R\$)

132 - Assinatura do Contratado

133 - Total Geral (R\$)

134 - Assinatura do Contratado

135 - Total Geral (R\$)

136 - Assinatura do Contratado

137 - Total Geral (R\$)

138 - Assinatura do Contratado

139 - Total Geral (R\$)

140 - Assinatura do Contratado

141 - Total Geral (R\$)

142 - Assinatura do Contratado

143 - Total Geral (R\$)

144 - Assinatura do Contratado

145 - Total Geral (R\$)

146 - Assinatura do Contratado

147 - Total Geral (R\$)

148 - Assinatura do Contratado

149 - Total Geral (R\$)

150 - Assinatura do Contratado

151 - Total Geral (R\$)

152 - Assinatura do Contratado

153 - Total Geral (R\$)

154 - Assinatura do Contratado

155 - Total Geral (R\$)

156 - Assinatura do Contratado

157 - Total Geral (R\$)

158 - Assinatura do Contratado

159 - Total Geral (R\$)

160 - Assinatura do Contratado

161 - Total Geral (R\$)

162 - Assinatura do Contratado

163 - Total Geral (R\$)

164 - Assinatura do Contratado

165 - Total Geral (R\$)

166 - Assinatura do Contratado

167 - Total Geral (R\$)

168 - Assinatura do Contratado

169 - Total Geral (R\$)

170 - Assinatura do Contratado

171 - Total Geral (R\$)

172 - Assinatura do Contratado

173 - Total Geral (R\$)

174 - Assinatura do Contratado

175 - Total Geral (R\$)

176 - Assinatura do Contratado

177 - Total Geral (R\$)

178 - Assinatura do Contratado

179 - Total Geral (R\$)

180 - Assinatura do Contratado

181 - Total Geral (R\$)

182 - Assinatura do Contratado

183 - Total Geral (R\$)

184 - Assinatura do Contratado

185 - Total Geral (R\$)

186 - Assinatura do Contratado

187 - Total Geral (R\$)

188 - Assinatura do Contratado

189 - Total Geral (R\$)

190 - Assinatura do Contratado

191 - Total Geral (R\$)

192 - Assinatura do Contratado

193 - Total Geral (R\$)

194 - Assinatura do Contratado

195 - Total Geral (R\$)

196 - Assinatura do Contratado

197 - Total Geral (R\$)

198 - Assinatura do Contratado

199 - Total Geral (R\$)

200 - Assinatura do Contratado

201 - Total Geral (R\$)

202 - Assinatura do Contratado

203 - Total Geral (R\$)

204 - Assinatura do Contratado

205 - Total Geral (R\$)

206 - Assinatura do Contratado

207 - Total Geral (R\$)

208 - Assinatura do Contratado

209 - Total Geral (R\$)

210 - Assinatura do Contratado

211 - Total Geral (R\$)

212 - Assinatura do Contratado

213 - Total Geral (R\$)

214 - Assinatura do Contratado

215 - Total Geral (R\$)

216 - Assinatura do Contratado

217 - Total Geral (R\$)

218 - Assinatura do Contratado

219 - Total Geral (R\$)

220 - Assinatura do Contratado

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	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Tornozelo Esquerdo

Descrição

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

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	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.: _____

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br