

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

Remessa: **87576** Competência: **09/2021** Entrega: **15/09/2021**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**
Nota Fiscal

87576

Período								
Início	Termo	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor	
08/07/2021	08/07/2021	2228004		3479293	6559026	CAMILE GOULART DE OLIVEIR CLINICA DE ESPECIA	56,50	
Total : 1							56,50	
Total Geral : 1							56,50	

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

2 - Nº Guia no Prestador 6559026000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 08/07/2021		5 - Senha 2228004	
8 - Número da Carteira 1141558		9 - Validade da Carteira 01/01/2023	
10 - Nome CAMILLE GOULART DE OLIVEIRA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
Dados do Beneficiário			
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante 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 Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 08/07/2021	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição ou Item Assistencial			
27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.			
Dados do Contrato / Executante			
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (evento 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 1 08/07/2021 12:35 12:35 22 10101012 CONSULTA EX CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1,0 56,50	
Identificação do(a) Profissional(ais) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 1 12 23876304000112 JOAO MIGUEL CASADO NETO		52 - Conselho Prof. 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 06 27211 41 225270	
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\$) 56,50		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 Médicos (R\$) 0,00	
65 - Total de Gases Médicos (R\$) 0,00		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado	
71 - Assinatura do Contratado		72 - Assinatura do Contratado	
73 - Assinatura do Contratado		74 - Assinatura do Contratado	
75 - Assinatura do Contratado		76 - Assinatura do Contratado	
77 - Assinatura do Contratado		78 - Assinatura do Contratado	
79 - Assinatura do Contratado		80 - Assinatura do Contratado	
81 - Assinatura do Contratado		82 - Assinatura do Contratado	
83 - Assinatura do Contratado		84 - Assinatura do Contratado	
85 - Assinatura do Contratado		86 - Assinatura do Contratado	
87 - Assinatura do Contratado		88 - Assinatura do Contratado	
89 - Assinatura do Contratado		90 - Assinatura do Contratado	
91 - Assinatura do Contratado		92 - Assinatura do Contratado	
93 - Assinatura do Contratado		94 - Assinatura do Contratado	
95 - Assinatura do Contratado		96 - Assinatura do Contratado	
97 - Assinatura do Contratado		98 - Assinatura do Contratado	
99 - Assinatura do Contratado		100 - Assinatura do Contratado	

2179797

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

2 - Nº Guia no Prestador 6559026

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

1141558

9 - Validade da Carteira

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

JOAO MIGUEL CASADO NETO

21 - Cartão de Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

08/07/2021

23 - Indicação Clínica

Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
1 22 10101012 Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

1 0

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 de 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 / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cidr. 43 - Via

44 - % Red / Acresc. 45 - Valor Unitário (R\$)

46 - Valor Total (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

Impresso por: EPD/BONADIO

Data/Hora: 08/07/2021 12:38:48

Contratante: 6559026

Beneficiário: 6559026

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6559026

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Camile Goulart de Oliveira
Nº da Carteira: 11.4.1558
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 22/07/2003

Nº da Guia: 2228.004

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	31, Av. Independência	3	Zona 04	(44) 3220-6000

Motivo do Retorno

Aluna encaminhada ao retorno médico para avaliação após o encerramento das sessões de fisioterapia no dia 08/07/2021.

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

Impresso por: Célia Teixeira Damasceno Da Silva

1 de 1

6/07/2021

6659026

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6559026 Prontuário: 517566 SAME: 517566 Hora Atend: 12:35 Data Atend:08/07/2021
Paciente..... : CAMILE GOULART DE OLIVEIRA Idade: 18 a
Endereço..... : ALAMEDA JULIA DA COSTA DE 851 A 2800
Bairro..... : BIGORRILHO
Cidade..... : CURITIBA UF.: PR CEP: 80730070
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 08/07/2021 Hora Saída : 13:42

Prestador da Evolução Médica: 2081 JOAO MIGUEL CASADO NETO

HDA

ttto conservador fratura da falange distal do 3º dedo da mão esquerda
sem queixas

EXAME FISICO

assintomatica

TRATAMENTO

orientações
retorno se necessario