

87574

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
12/07/2021	12/07/2021	6563689000000		3532841	6563689	CAIO CESAR FRASSON DE OLIVEIRA CLINICA DE ESPECIALIDADES	35,64
Total : 1							35,64
Total Geral : 1							35,64

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

2 - Nº Guia no Prestador 6563689000000

Folha: 1 / 1

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 Arbuldo pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

4362228

9 - Validade da Carteira

31/12/2022

10 - Nome

CAIO CESAR FRASSON DE OLIVEIRA JULIANI

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

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 Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento

12/07/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
ou Item Assistencial

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. 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

1 12/07/2021 15:13 15:13 22 40803112 RX - PUNHO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 35.64 35.64

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

48 - Sd. 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 - 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 OPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Médicos (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

35.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

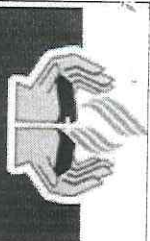
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

CNPJ: 23.876.304/0001-12

FATURAMENTO

2532841



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

2 - Nº Guia no Prestador **6563689**

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

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

CAIO CESAR FRASSON DE OLIVEIRA JULIANI

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
JOAO MIGUEL CASADO NETO

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql.Solic.

28 - Ql.Autoriz.

29 - Ql.Solic.

30 - Ql.Autoriz.

31 - Ql.Solic.

32 - Ql.Autoriz.

33 - Ql.Solic.

34 - Ql.Autoriz.

35 - Ql.Solic.

36 - Ql.Autoriz.

Dados do Contrato/Executante

29 - Código na Operadora

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 do 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 - Qlto.

43 - Via

44 - Tto.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(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

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: EPDMBONADO

Data/Hora: 12/07/2021 15:14:10

Contat/Lote: 6563689

Atendimento: 6563689

Convênio: INST.ADVENTISTAIAP

6563689

Cole Cesar

Rx punho (E)
R+P

com gesso

João Miguel Casado
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de M.E.O.
27

6963689



Atendimento: 6563689 Pedido: 2327401 Ac. Number: 2905400
Registro / Nome: CAIO CESAR FRASSON DE OLIVEIRA JULIANI
Data de Nascimento: 01/05/2007 Idade: 14 anos, 2 meses e 11 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 12/07/2021 15:13:00 Laudado: 14/07/2021
10:26:38
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: JOAO MIGUEL CASADO NETO

RX - PUNHO ESQUERDO

- Controle gessado de fratura do punho esquerdo.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6563689 **Prontuário:** 185153 **SAME:** 185153 **Hora Atend:** 14:44 **Data Atend:** 12/07/2021
Paciente..... : CAIO CESAR FRASSON DE OLIVEIRA JULIANI **Idade:** 14 a
Endereço..... : RUA SAO PEDRO DE 685 A 99999
Bairro..... : ZONA 07
Cidade..... : MARINGA
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **UF..:** PR **CEP:** 87030211
CID Principal..... : S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA APART
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 12/07/2021 **Hora Saída :** 15:33

Prestador da Evolução Médica: 2081 **JOAO MIGUEL CASADO NETO**

HDA

10 dias redução incruenta fratura do punho esquerdo
sem queixas

EXAME FISICO

rx - leve desvio dorsal - angulação aceitavel

TRATAMENTO

orientações
retorno 1 mes

JOAO MIGUEL CASADO NETO / 27211
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA