

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

2 - Nº Guia no Prestador 6732411000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
16/12/2021

5 - Senha

4176

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4176

8 - Número da Carteira
114578

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

DAIANE SILVA DE AGUIAR SCHULZ VAZ

11 - Número da 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
MANUEL DUARTE GILBERTO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

8788

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carder do Atendimento

22 - Data da Solicitação

16/12/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

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

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
1 01/11/2021 08:47

22

10101039

40- Procedimento 41- Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42- Qlde. 43- Via 44- Tec. 45- Fator R/Acr 46- Valor Unitário 47- Valor Total
001 1.0 100.00

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

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 MANUEL DUARTE GILBERTO

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 8788 41 225270

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
100.00

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\$)
100.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

Impresso por: SCSANTOS

Data/Hora: 16/12/2021 16:26:54

ContatLoe: 3627233

Atendimento: 6732411

ConvênioCLINICA ADVENTISTA - CLAC

FATURAMENTO

36977922



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

2 - Nº Guia no Prestador 6732411

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
114578

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

DAIANE SILVA DE AGUIAR SCHULZ VAZ

11 - Número do Cartão Nacional da Saúde

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

MANUEL DUARTE GILBERTO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

8788

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

01/11/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039 26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic.

1

28 - Ql. Autoriz.

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 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 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Prof.

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operador/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data da Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (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: GCEBANO

Data/Hora: 01/11/2021 08:48:02

Contat. Cel: 6732411

Atendimento: 6732411

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

6732411

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Daiane Silva de Aguiar Schulz Vaz

Nº da Carteira: 11.4.578

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 25/09/1999

Nº da Guia: 4176.001



6732411

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/10/2021	15:00:00	Campus	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Joelho Esquerdo, Posterior da Coxa Esquerda

Descrição

Aluna interna relata que estava participando do trilfe (evento promovido pelo colégio), quando em uma prova onde passava por um rio, bateu o joelho esquerdo na pedra. Relata dor ao caminhar, agachar e ajoelhar.

Testemunha da ocorrência

Adrielly Marques

Telefone

(51) 98318-7693

Quem prestou primeiros socorros

Thainá Teixeira

Data

18/10/2021

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 01/11/2021 às 09:00 hrs.

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

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
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6732411 Prontuário: 536664 SAME: 536664 Hora Atend: 08:47 Data Atend: 01/11/2021
Paciente..... : DAIANE SILVA DE AGUIAR SCHULZ VAZ Idade: 22 a
Endereço..... : GLEBA PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP Plano...: COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal..... : S834 - ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO COLATERAL (PERONIAL) (TIBIAL) DO JOE
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 01/11/2021 Hora Saída : 09:59

Prestador da Evolução Médica: 89 MANUEL DUARTE GILBERTO

HDA

paciente com odres joelho e que teve inici oqa 1 mes pos trauma

EXAME FISICO

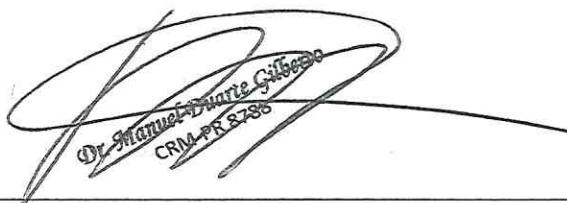
paciente com odrfes joelho e com limitação funcional

DIAGNOSTICO - HISTORICO

contusao joelho

TRATAMENTO

clinico



MANUEL DUARTE GILBERTO / 8788
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA