

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

2 - Nº Guia no Prestador 6645533000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 06/09/2021	5 - Senha 3340
6 - Data de Validade da Senha 3340	

8 - Número do Beneficiário 114830	9 - Validade da Carteira 01/01/2025	10 - Nome ANA CAROLINE MARTINS CARVALHO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--------------------------------------	--	--	---	----------------------------

13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 22778	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 06/09/2021	23 - Indicação Clínica
-----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela ou Item Assistencial	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql.Solic.	28 - Ql.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 (golpe ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 2	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------------	---	----------------------------	--

36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 1 06/09/2021 11:13 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42-Qlde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 100.00
---	---

48-Bq.Ref. 49-Gr. Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional 1 12 23876304000112 THIAGO CANDIDO DA ROCHA	52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO 06 22778 41 225270
---	--

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\$) 100.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPAE (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicados (R\$) 9365230	65 - Total de Outros Materiais (R\$) 100.00
---	--	---------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--	--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	--	---

2 - N° Guia no Prestador 66645533

111

23876304000112	31 - Código CNES 9365230
2a - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
Dados do Atendimento	

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)											
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (ocorreu 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 - Cida.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red. / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operação/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
58 - Data de Realização do Procedimento em Série							
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
1.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
10.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
58 - Observação / Justificativa							

59 - Total Procedimentos (R\$)	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 Gastos Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
						
68 - Assinatura do Contratado						

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ana Caroline Martins Carvalho
Nº da Carteira: 11.4.830
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 28/10/1999

Nº da Guia: 3340.005

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/05/2021	22:04:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Ombro Direito

Descrição

Em jogo de futsal, ao defender a bola fez movimento de rotação com ombro Direito. Possível luxação de MSD. Apresenta deformidade. SIC, relata que já é a terceira vez que ocorre luxação no mesmo local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	08/05/2021

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 à consulta com o Dr. Thiago Cândido Para avaliação pré operatória.no dia 06/09/2021

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6645533 Prontuário: 523198 SAME: 523198 Hora Atend: 11:13 Data Atend: 06/09/2021
Paciente..... : ANA CAROLINE MARTINS CARVALHO Idade: 21 a
Endereço..... : LOTE 80
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano....: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA Hora Saída : 11:31
Data Saída..... : 06/09/2021

Prestador da Evolução Médica: 1748 THIAGO CANDIDO DA ROCHA

HDA

DOR EM OMBRO DIREITO 02 ANOS
RELATA 03 LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO
MORA EM IVATUBA
ESTUDANTE
SEDENTARIA
RM DE OMBRO DIREITO 17/05/21 << LESÃO LABRAL ANTERIOR COM DESTACAMEN TO + FRATURA DE
HILL SACHS

EXAME FÍSICO

MOBILIDADE ATIVA DE MMSS
MANGUITO INDOLOR
INSTABILIDADE ANTERIOR +

DIAGNOSTICO - HISTORICO

INSTABILIDADE ANTERIOR DE OMBRO DIREITO

TRATAMENTO

INDICO ARTROSCOPIA
EXPLICO LESÃO
AINES
CALOR
RETORNO

Dr. Thiago Candido da Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 22778 TEOT: 11747

THIAGO CANDIDO DA ROCHA / 22778
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA