

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

2 - Nº Guia no Prestador 6654291000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro A/R: 000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 16/12/2021

5 - Semha

3340

6 - Data de Validade da Semha

3340

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ANA CAROLINE MARTINS CARVALHO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

ANDRE ALBERTI CASADEI

06

38632

41

225270

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic.

28 - QI Autoriz.

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 (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

04

9

2

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

1 13/09/2021 10:02 10:02 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

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

001

1.0

100.00

100.00

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 ANDRE ALBERTI CASADEI

52 - Conselho Prof

06 38632

53 - Número no Conselho

41

54 - UF

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\$)

100.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de CPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gastos Médicos (R\$)

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: 28.296.304/0001-12

FATURAMENTO

Impresso por: SCSANTOS

Data/Hora: 16/12/2021 16:30:39

Contato: 3607891

Atendimento: 6654291

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

3607691

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

2 - Nº Guia no Prestador 6654291

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº. Guia Principal

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pelo Operadora

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ANA CAROLINE MARTINS CARVALHO

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

ANDRE ALBERTI CASADEI

16 - Conselho Profissional

06

17 - Numero no Conselho

38632

18 - UF

41

19 - Código CBO

226270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

13/09/2021

22 - Data da Solicitação

13/09/2021

23 - Indicação Clínica

1

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101012

26 - Descrição

Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)

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 (incidente 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 - Têc.

45 - % Real / Anec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Nat.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero 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 Procedimento (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 Gases Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: NBERLINE

Data/Hora: 13/09/2021 10:02:53

Cartão Lot: 6654291

Atendimento: 6654291

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6654291

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: 3340.001



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

A aluna está sendo encaminhada para o retorno médico, conforme solicitado pelo médico. encaminhada no dia 17/05 as 09:00 horas.

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6654291 Prontuário: 523198 SAME: 523198 Hora Atend: 10:02 Data Atend: 13/09/2021
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..... : M253 - OUTRAS INSTABILIDADES ARTICULARES
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 13/09/2021 Hora Saída : 10:12

Prestador da Evolução Médica: 4118 ANDRE ALBERTI CASADEI

HDA

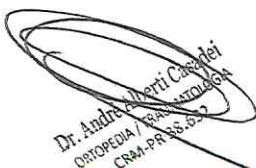
PACIENTE RETORNA APOS PASSAR COM DR THIAGO
TAMBEM ACHA MELHOR REALIZAR CIRURGIA PARA REPARO DE LESAO DE BANKART
POR ARTROSCOPIA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

INSTABILIDADE GLENO UMERAL DIR

TRATAMENTO

SOLICITO PRE OP E AVALIAÇÃO CARDIO


Dr. Andre Alberti Casadei
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 38632

ANDRE ALBERTI CASADEI / 38632
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA