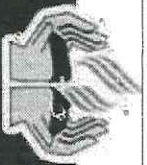


# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2. Nº Guia no Prestador 6645671000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                                                                      |                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3 - Número da Guia Principal                 |                                                                                      |                                                      |
| 4 - Data de Autorização<br>16/12/2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 5 - Sentinela<br>3715                        | 6 - Data de Validade da Sentinela<br>3715                                            | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>3715  |
| 8 - Número da Carteira<br>1148995                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                              | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2022                                               | 10 - Nome<br>ANNA LUISA FERNANDES ALENCASTRO MARTINS |
| 11 - Nome do Beneficiário<br>JOAO MIGUEL CASADO NETO                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                              | 12 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A                    | 13 - Código da Operadora<br>23876304000112           |
| 14 - Nome do Profissional Solicitante<br>JOAO MIGUEL CASADO NETO                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                              | 15 - Conselho Profissional<br>06                                                     | 16 - Número no Conselho<br>27211                     |
| 17 - UF<br>41                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                              | 18 - Código CBO<br>225270                                                            | 19 - Assinatura do Profissional Solicitante          |
| 20 - Data da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados<br>16/12/2021                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              | 21 - Caracter do Atendimento<br>1                                                    | 22 - Data da Solicitação<br>16/12/2021               |
| 23 - Indicação Clínica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                              | 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>26 - Descrição<br>ou Item Assistencial | 27 - Ql Solic.<br>28 - Ql Autoriz.                   |
| <p>Dados do Contratado Executante</p> <p>29 - Código na Operadora<br/>23876304000112</p> <p>30 - Nome do Contratado<br/>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</p> <p>31 - Código CNES<br/>9365230</p>                                                                                                                                       |                                              |                                                                                      |                                                      |
| <p>Dados do Atendimento</p> <p>32 - Tipo Atendimento<br/>04</p> <p>33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br/>9</p> <p>34 - Tipo de Consulta<br/>1</p> <p>35 - Motivo de Encerramento do Atendimento</p>                                                                                                                |                                              |                                                                                      |                                                      |
| <p>Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados</p> <p>36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br/>1 06/09/2021 13:07 13:07 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO</p> <p>42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br/>001 1.0 100.00</p> |                                              |                                                                                      |                                                      |
| <p>Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)</p> <p>48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód. na Operadora / CPF 51 - Nome do Profissional<br/>1 12 23876304000112 JOAO MIGUEL CASADO NETO</p> <p>52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO<br/>06 27211 41 225270</p>                                          |                                              |                                                                                      |                                                      |
| <p>56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /</p> <p>2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /</p>                                                                                                                                       |                                              |                                                                                      |                                                      |
| <p>58 - Observação / Justificativa</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                              |                                                                                      |                                                      |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>100.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00 | 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                     |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                         | 65 - Total Geral (R\$)<br>100.00                     |
| <p>66 - Assinatura do Responsável pela Autorização</p> <p>67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável</p> <p>68 - Assinatura do Contratado</p>                                                                                                                                                                                            |                                              |                                                                                      |                                                      |



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

2 - Nº Guia no Prestador **6645671**

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

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

1148995

ANNA LUISA FERNANDES ALENCASTRO MARTINS

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

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

JOAO MIGUEL CASADO NETO

6

27211

41

225270

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

1

08/09/2021

24 - Tabela

25 - Código da Procedimento

26 - Descrição

1

22

Consulta em pronto socorro

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

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Ht-Inicial

38 - Ht-Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

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 de Procedimento em Série

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 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 ASCAETANO

Data/Hora: 08/09/2021 13:11:05

Contab.Cód: 6645671

Atendimento: 6645671

Convênio: INST ADVENTISTALAP

\*6645671\*

## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Anna Luisa Fernandes Alencastro Martins  
**Nº da Carteirinha:** 11.4.8995  
**Instituição:** IAP - Ensino Superior

**Data de Nascimento:** 14/06/2006

**Nº da Guia:** 3715.002



| Data do Retorno | Horário  | Local                                  | Atividade            |
|-----------------|----------|----------------------------------------|----------------------|
| 08/08/2021      | 15:30:00 | Campo de futebol em frente ao ginásio. | Atividade da escola. |

| O que aconteceu                                                | Partes do corpo                |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro) | Ombro Esquerdo, Braço Esquerdo |

### Descrição

A aluna interna estava andando de quadriciclo na pista, quando ao tentar se desviar de outros carrinhos bateu no meio fil e capotou. Caiu de lado em cima do braço E, e o brinquedo caiu em cima da perna causando arranhões. Ela refere: algia no braço ao movimentá-lo, impedindo de levantar o membro por causa da dor.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Jefferson Queiroz.       | (44) 9907-9111 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Gilberto                        | 29/08/2021 |

| 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

Aluna encaminhada para retorno médico, conforme solicitação. Será apresentado exame médico. no dia 06/09/202, as 13:15.

Ass.:

*Célia D. da Silva*

**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

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 6645671    Prontuário: 532458    SAME: 532458  
Paciente..... : ANNA LUISA FERNANDES ALENCASTRO MARTINS  
Endereço..... : GLEBA PAICANDU  
Bairro..... : CENTRO  
Cidade..... : IVATUBA  
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP  
CID Principal..... : M751 - SINDROME DO MANGUITO ROTADOR  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA  
Data Saída..... : 06/09/2021

Hora Atend: 13:07    Data Atend: 06/09/2021  
Idade: 15 a

UF.: PR    CEP: 87130000  
Plano...: COLEGIO ADVENTISTA ENFEF

Hora Saída : 13:29

Prestador da Evolução Médica: 2081    JOAO MIGUEL CASADO NETO

**HDA**

3 semanas pós capotamento de quadriciclo  
trauma em ombro esquerdo  
atendida em PS e encaminhada por suspeita de lesão do plexo braquial

**EXAME FISICO**

sem sinais de lesão do plexo braquial  
jobe +.  
dor sobre corredeira do biceps  
neurologico ok

US - tendinite supra

**TRATAMENTO**

orientações  
diprosplan + maxsulid  
retorno com grupo do ombro apos FST

João Miguel Casado  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 27211 ES

JOAO MIGUEL CASADO NETO / 27211  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA