

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

2 - Nº Guia no Prestador 6990386000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sessão

6 - Data de Vencimento da Sessão

7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

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 ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

Dados do Contratado

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 ou doença relacionada

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo do Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 29/03/2022 08:19 08:19 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 29/03/2022 08:19 08:19 22 30713137 FUNÇÃO ARTICULAR DIAGNOSTICA OU TERAPEUTICA (FNETL)

42 - Ql. Cda. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1 1 1.0 100.00 100.00
001 1 1 1.0 42.00 42.00

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 DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR
2 12 23876304000112 DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

52 - Conselho Prof

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Valor Total

58 - Data de Realização de Procedimentos em Sessão 59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Observação / Justificativa

60 - Total do Procedimentos (R\$)
142.00

61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

62 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total dos Gases Médicos (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
151.83

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Profissional

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Profissional

71 - Assinatura do Profissional

72 - Assinatura do Profissional

73 - Assinatura do Profissional

74 - Assinatura do Profissional

Informações Gerais

Endereço: Rua 12, nº 123

Cidade: Maringá, PR

Telefone: (41) 3333-3333

Atendimento: 24h

Convênio: PLAN S.A. - CNA

FATURA MENSAL

2023

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS (para Guia de SRS/SADI e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 6990386000000	
3 - Código na Operadora 23876304000112		4 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
5 - Código CNES 9365230			

6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17 - Registro ANVISA do Material					18-Referência do material no fabricante					
3 - 03	29/03/2022	08:19:47	a	08:19:47	19	70706321			2.80	2.80
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)										
1 - 03	29/03/2022	08:19:47		08:19:47	19	70014337			1.06	1.06
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 30 X 7 / 0.70 X 30 / 22G 1 / 14										
2 - 03	29/03/2022	08:19:47		08:19:47	19	70014370			1.36	1.36
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1.20 X 40 / 18G 1 / 1/2										
4 - 02	29/03/2022	08:19:47		08:19:47	20	90336104			4.64	4.64
20 - Descrição: XYLOCAINA 2% SV 5ML INJ - CRISTALIA										

21 - Total de Gastos Materiais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de O.R.M.E (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	4.64	5.22	0.00	0.00	0.00	9.86

Impresso por: G355ANTOS

Gerar Hora: 20/04/2022 14:20:12

Contato: 3747285

Aterramento: 6990386

Convênio CLINICA ADVENTISTA - CLAC

3747288

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPS/ADT

2 - Nº Guia no Prestador **6990386**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

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

1118892

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

GABRIEL MORS PULGA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

700607461488367

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

DIOGENES EMANUEL DE CARVALHO JUNIOR

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

28801

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

29/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic.

1

28 - Ql. Autoriz.

0

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (relacionado)

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 - Tpc.

45 - % Real / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) 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

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Sétile

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (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: GIMVALEZZI

Data/Hora: 29/03/2022 08:22:43

Conf. Hote: 6990386

Atendimento: 6990386

Conteúdo: CLINICA ADVERTISTAS - CLAC

6990386

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

2 - Nº Guia no Prestador 6990386

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validada da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

GABRIEL MORS PULGA

11 - Número da Cartão Nacional de Saúde

700607461488367

12 - Atendimento a RN

N

92679

N

N

13 - Código da Operadora

DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

15 - Nome do Profissional Solicitante

DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

28801

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

29/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

30713137

26 - Descrição

Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) - orientada

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação do Atendimento (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 - Tdc.

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 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPRME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: EPDMBOUADIO

Data/Hora: 29/03/2022 09:13:51

Contato: 6990386

Atendimento: 6990386

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6990386

2 - N° Guia no Prestador 49

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - N. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha

6 - Data Validada da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
----------------------------	---

1000 JOURNAL OF CLIMATE

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número da Carteira Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
1118892	31/12/2022	GABRIEL MORS PULGA	700607461488367	N

13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 28801	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica	
		29/03/2022		LESÃO MENISCAL JOELHO DIREITO S83.2	
24 - Tabela					
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql. Solic.	28 - Ql. Auto		
1 25870456	INFILTRAÇÃO DE CORTICÓIDES	10	0		
2 30713137	INFILTRAÇÃO OU PUNÇÃO ARTICULAR	1	0		

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora 238763040001	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR
31 - Código CNES 9365230	

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (evento 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 - Cida.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Real / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total

[illegible]

56 - Data de Realização de 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 Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Garaf (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				68 - Assinatura do Contratado

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6990386 Prontuário: 476406 SAME: 476406 Hora Atend: 08:19 Data Atend: 29/03/2022
Paciente..... : GABRIEL MORS PULGA Idade: 17 a
Endereço..... : PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S832 - RUPTURA DO MENISCO, ATUAL
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 29/03/2022 Hora Saída : 08:55

Prestador da Evolução Médica: 3587 **DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR**

HDA

REFERE MESMO TER SIDO INFORMADO PARA NÃO PRATICAR ATIVIDADE DE IMPACTO JOGOU BOLA NO
ULTIMO DS
REFERE DOR EM JOELHO DIREITO RETORNOU

EXAME FISICO

RNM DE JOELHO DIREITO:
LESÃO CORNO POSTERIOR DE MENISCO MEDIAL (PASSÍVEL DE TTO CONSERVADOR)

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESÃO CORNO POSTERIOR DE MENISCO MEDIAL

TRATAMENTO

ORIENTO TTO CONSERVADOR (NÃO PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA DE IMPACTO E QUE
SOBRECARGUE JOELHO
FÍSIO
RETORNO
ORIENTAÇÕES

DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR / 28801
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6990386 Prontuário: 476406 SAME: 476406 Hora Atend: 08:19 Data Atend: 29/03/2022
Paciente..... : GABRIEL MORS PULGA Idade: 17 a
Endereço..... : PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S832 - RUPTURA DO MENISCO, ATUAL
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 29/03/2022 Hora Saída : 08:55

Prestador da Evolução Médica: 3587 **DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR**

HDA

REFERE MESMO TER SIDO INFORMADO PARA NÃO PRATICAR ATIVIDADE DE IMPACTO JOGOU BOLA NO
ULTIMO DS
REFERE DOR EM JOELHO DIREITO RETORNOU

EXAME FISICO

RNM DE JOELHO DIREITO:
LESAO CORNO POSTERIOR DE MENISCO MEDIAL (PASSIVEL DE TTO CONSERVADOR)

DIAGNOSTICO - HISTORICO

LESAO CORNO POSTERIOR DE MENISCO MEDIAL

TRATAMENTO

ORIENTO TTO CONSERVADOR (NÃO PRATICAR ATIVIDADE FISICA DE IMPACTO E QUE
SOBRECARGUE JOELHO
FISIO
RETORNO
ORIENTAÇÕES

Relatório de Enfermagem

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Agulha 13x4,5 unid		Clorexidina degermante 2%(Laborfex)		Espatuldrapo cm		Lanceta de glicemia unid
	Agulha 25x7 unid		PVP1 Iópico ml		Fita adesiva Crepe cm		Tira teste unid
	Agulha 30x7 unid		Óleo de girassol ml		Micropore 25mm cm		Salto adulto G unid
	Agulha 40x12 unid		Gel de propolis g		Micropore 50mm cm		Salto infantil P unid
	Atadura algodão orto 10 cm		Gel de papaina g		Stopper curativo unid		Tala de alumínio unid
	Atadura algodão orto 20 cm		Gel Catêndola g		Eletrodo descartável unid		Seringa 5ml
	Atadura crepom 10 cm		Colagenase g		Fio mononylon nº		Seringa 10ml
	Atadura crepom 20 cm		Celestone soluspan amp		Lamina de bisturi nº		Seringa 20ml
	Atadura gessada 10 cm		Decatron amp		Luva esteril nº	par	Drano de pen rose nº
	Atadura gessada 20 cm		Diprosan amp		Luva de procedimento unid		Escape nº
	Benzina ml		Xylocaina 2% slv amp 5ml		Malha tubular nº	cm	
	Tintura de Benjoim ml		Soro fisiológico 100ml		Compressa gaze 7,5x7,5 unid		
	Clorexidina alcoólica 0,5% ml		Soro fisiológico 10ml		Compressa gaze queijo unid		

100-100000