

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

2 - Nº Guia no Prestador: 6945946000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

4 - Data de Autorização

5 - Garia

6 - Data de Validade da Garia

7 - Número da Guia Arquivada pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

118892

9 - Validade da Carteira

31/12/2022

10 - Nome

GABRIEL MORS FILGUA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

700607461483367

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

28001

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Código do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

04/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento 26 - Descrição  
ou Item Assistencial

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.

Dados do Contratado Existente

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CBOES

9385230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

04

33 - Indicação de Atendimento (prestado ou designado relacionado)

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimento e Exames Realizados

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

1 04/03/2022 12:49 12:49 22 10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Ql. de 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Ace 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001

1.0

100.00

100.00

Identificação do(a) Profissional Existente

48 - S4 - Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód. na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

1 12

23876304000112

DIOGENES EMANUEL DE CARVALHO JUNIOR

52 - Conselho Prof

06

53 - Número no Conselho

28801

54 - UF 55 - Código CBO

41

225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Saúde 57 - Natureza do Atendimento ou Responsável

1 - - - - -

2 - - - - -

3 - - - - -

4 - - - - -

5 - - - - -

6 - - - - -

7 - - - - -

8 - - - - -

9 - - - - -

10 - - - - -

58 - Classificação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)

100.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Honorários (R\$)

R\$ 230

62 - Total de Honorários (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicados (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

100.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

68 - Assinatura do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

CNPJ: 23876304/0001-12

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

2 - Nº Guia no Prestador **6945946**

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 pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional da Saúde

12 - Atendimento a RN

**1118892**

**GABRIEL MORS PULGA**

**700607461488367**

**N**

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

**HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A**

**23876304000112**

**23876304000112**

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

**DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR**

**06**

**28801**

**41**

**225270**

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

**1**

**04/03/2022**

**24 - Tabela**

25 - Código do Procedimento ou

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

**1**

**22**

**10101012**

**Consulta em consultório (no horário normal ou prestebelecido)**

**1**

**0**

**1**

**22**

**10101012**

**Consulta em consultório (no horário normal ou prestebelecido)**

**1**

**0**

**1**

**0**

**1**

**0**

Dados do Contratado Específico

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

**HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A**

**23876304000112**

**23876304000112**

**23876304000112**

**23876304000112**

**23876304000112**

**23876304000112**

**23876304000112**

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação da Acidente (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

**32**

**33**

**34**

**35**

**32**

**33**

**34**

**35**

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

**36**

**37**

**38**

**39**

**40**

**41**

**42**

**43**

**44**

**45**

**46**

**47**

**48**

**49**

**50**

**51**

**52**

**53**

**54**

**55**

**56**

**57**

**58**

**59**

**60**

**61**

**62**

**63**

**64**

**65**

**66**

**67**

**68**

**69**

**70**

**71**

**72**

**73**

**74**

**75**

**76**

**77**

**78**

**79**

**80**

**81**

**82**

**83**

**84**

**85**

**86**

**87**

**88**

**89**

**90**

**91**

**92**

**93**

**94**

**95**

**96**

**97**

**98**

**99**

**100**

**101**

**102**

**103**

**104**

**105**

**106**

**107**

**108**

**109**

**110**

**111**

**112**

**113**

**114**

**115**

**116**

**117**

**118**

**119**

**120**

**121**

**122**

**123**

**124**

**125**

**126**

**127**

**128**

**129**

**130**

**131**

**132**

**133**

**134**

**135**

**136**

**137**

**138**

**139**

**140**

**141**

**142**

**143**

**144**

**145**

**146**

**147**

**148**

**149**

**150**

**151**

**152**

**153**

**154**

**155**

**156**

**157**

**158**

**159**

**160**

**161**

**162**

**163**

**164**

**165**

**166**

**167**

**168**

**169**

**170**

**171**

**172**

**173**

**174**

**175**

**176**

**177**

**178**

**179**

**180**

**181**

**182**

**183**

**184**

**185**

**186**

**187**

**188**

**189**

**190**

**191**

**192**

**193**

**194**

**195**

**196**

**197**

**198**

**199**

**200**

**201**

**202**

**203**

**204**

**205**

**206**

**207**

**208**

**209**

**210**

**211**

## AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

**Aluno:** Gabriel Mors Pulga  
**Nº da Carteira:** 11.1.8892  
**Instituição:** IAP - Educação Básica

**Data de Nascimento:** 26/01/2005

**Nº da Guia:** 4583.005



| Data do Retorno | Horário  | Local   | Atividade               |
|-----------------|----------|---------|-------------------------|
| 18/11/2021      | 17:10:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo                               |
|-----------------|-----------------------------------------------|
| Torção          | Joelho Direito, Pé Direito, Tornozelo Direito |

### Descrição

O aluno interno relata que estava jogando futsal no horário de educação física, quando foi pegar a bola, ele pisou na bola, e houve a rotação interna desse membro inferior. Está referindo muita dor, não consegue deambular normalmente, está em uso de muleta.

| Testemunha da ocorrência | Telefone       |
|--------------------------|----------------|
| Prof Paulo               | (44) 9981-2241 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Gilberto Júnior                 | 18/11/2021 |

| Local de atendimento                     | Endereço          | Nº | Bairro  | Telefone       |
|------------------------------------------|-------------------|----|---------|----------------|
| Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá | Av. Independência | 93 | Zona 04 | (44) 3220-6000 |

### Motivo do Retorno

Retorno a pedido médico no dia 04/03/22, sexta-feira as 13:15 da tarde.

Ass.:  **Célia T. D. da Silva**  
Enfermeira  
COPEN/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..... : 6945946    Prontuário: 476406    SAME: 476406    Hora Atend: 12:49    Data Atend: 04/03/2022  
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..... : 04/03/2022    Hora Saída : 14:03

Prestador de Evolução Médica: 3587    DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

**HDA**

DOR EM JOELHO E TORNOZELO DIREITO ESPORADICA QUANDO JOG ABOLA

**EXAME FISICO**

BEG  
SMILIE SUGESTIVO MEIDAL  
AUSENCIA DE INSTABILIDADE  
ADM 0-130°

**DIAGNOSTICO - HISTORICO**

MENISCOPATIA:?

**TRATAMENTO**

ORIENTAÇÕES  
RECEITA  
RNM  
RETORNO