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

2 - Nº Guia no Prestador 6688365000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS: 000000

3 - Número da Guia Principal:

4 - Data de Autorização:

5 - Senha:

6 - Data de Validade da Senha:

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora:

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira: 1141519

9 - Validade da Carteira: 01/01/2029

10 - Nome: MURILO CARLOS SILVA DE FRAGA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde:

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: ANDRE ALBERTI CASADEI

16 - Conselho Profissional: 06

17 - Número no Conselho: 38632

18 - UF: 41

19 - Código CBO: 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante:

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento: 1

22 - Data da Solicitação: 04/10/2021

23 - Indicação Clínica:

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

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: 04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada): 9

34 - Tipo de Consulta: 1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento:

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hr.Inicial	38-Hr.Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 04/10/2021	09:46	09:46	22	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PRES	001			1.0	56.50	56.50
2 04/10/2021	10:15	10:15	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILO	001			1.0	35.64	35.64

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

48-Sq.Ref.	49-Gr.Part	50-Cód na operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
1	12	23876304000112	ANDRE ALBERTI CASADEI	06	38632	41	225270

56 - Data da 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$): 92.14

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$): 0.00

61 - Total de Materiais (R$): 0.00

62 - Total de OPME (R$): 0.00

63 - Total de Medicamentos (R$): 0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R$): 0.00

65 - Total Geral (R$): 92.14

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização:

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável:

68 - HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A
CNPJ: 23.876.304/0001-12
FATURAMENTO

Impresso por: DESSANDOR Conferido em: 30/09/2021 10:20:34 Conta/Lote: 5707943 Atendimento: 0000015 Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

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

2 - Nº Guia no Prestador 6688365

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
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	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
1141519		MURILO CARLOS SILVA DE FRAGA		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
ANDRE ALBERTI CASADEI	6	38632	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	04/10/2021	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1 22	10101012	Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr.Inicial	38 - Hr.Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	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	64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total Taxas de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	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: EPDMBONADIO Data/Hora: 17/03/2022 09:49:45 Conta/Lote: 6688365 Atendimento: 6688365 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

6688365

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

2 - Nº Guia no Prestador 6688365

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
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	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
1141519		MURILO CARLOS SILVA DE FRAGA		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
ANDRE ALBERTI CASADEI	6	38632	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	04/10/2021	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
18	60034025	TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO PEQUENO	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr.Inicial	38 - Hr.Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	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	64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total Taxas de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	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: EPDMBONADIO Data/Hora: 17/03/2022 09:49:24 Conta/Lote: 6688365 Atendimento: 6688365 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

6688365

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

2 - Nº Guia no Prestador 6688365

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
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	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
1141519		MURILO CARLOS SILVA DE FRAGA		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
ANDRE ALBERTI CASADEI	6	38632	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	04/10/2021	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
22	40804097	RX - Pe ou pododactilo	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	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

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr.Inicial	38 - Hr.Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	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	64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total Taxas de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	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: EPDMBONADIO Data/Hora: 17/03/2022 09:49:35 Conta/Lote: 6688365 Atendimento: 6688365 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

6688365

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6688365 **Prontuário:** 533582 **SAME:** 533582 **Hora Atend:** 09:46 **Data Atend:**04/10/2021
Paciente..... : MURILO CARLOS SILVA DE FRAGA **Idade:** 18 a
Endereço..... : INSTITUTO ADVENTISTA PARANAENSE
Bairro..... :
Cidade..... :IVATUBA **UF..:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... :INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFER
CID Principal.....: S925 - FRATURA DE OUTRO ARTELHO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS PROCEDIMENTO
Data Saida..... : 04/10/2021 **Hora Saída :** 11:04

Prestador da Evolução Médica: 4118 ANDRE ALBERTI CASADEI

HDA
PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA EM PE DIR HA 3 SEMANAS
ATENDIDO NO PA RETORNA PARA REALIZAR NOVA AVALIAÇÃO
RETORNA PARA AVALIAÇÃO
PACIENTE ESTA DEAMBULANDO NORMALMENTE

EXAME FISICO
DOR A PALPAÇÃO DE 3 PDD SEM DEFICT DE PERFUSAO

DIAGNOSTICO - HISTORICO
FRATURA DE 3 PDD

TRATAMENTO
MANTER ESPARADRAPAGEM E RETIRAR 2 SEMANAS

ANDRE ALBERTI CASADEI / 38632
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento:	6688365	Pedido: 2372659	Ac. Number: [illegible]
Registro / Nome:	MURILO CARLOS SILVA DE FRAGA		
Data de Nascimento:	31/03/2003 00:00:00	Idade: 18 anos, 6 meses e 4 dias	Sexo: M
Pedido do Exame:	04/10/2021 10:15:00		Laudado: 11/10/2021 11:10:12
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP		
Médico Solicitante:	ANDRE ALBERTI CASADEI		

RX - PÉ DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608