

# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO ALIADO DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPESADT

2 - Nº Guia no Prestador 6738031000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

4 - Data de Autorização

5 - Solicita

6 - Data de Validade da Solicita

7 - Razão da Guia Arbitrada pela Operadora

3 - Número da Cartela

1119136

9 - Validade da Cartela

10 - Nome

KELVIN ADELINO DE SOUZA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RU  
N

13 - Código do Operador

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

SAMUEL MACHADO

16 - Causa do Profissional

06

17 - Número no Conselho

28684

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

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

Dados do Contratado Encarregado

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CHES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atividade (incidente 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 04/11/2021 09:34 09:34 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

2 04/11/2021 10:46 10:46 22 40803112 RX - PUNHO

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

001 1.0 100.00 100.00 35.64

Identificação do(a) Profissional Encarregado

48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part. 50 - Ddd na operadora/CPE 51 - Nome do Profissional

1 12 23876304000112 SAMUEL MACHADO

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

06 28684 41 225270

56 - Data de Realização do Procedimento em Data 57 - Assinatura do Contratado Encarregado

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

31 32 33 34 35 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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)

135.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Honorários (R\$)

0.00

62 - Total do CPMF (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total do CPMF Medicamentos (R\$)

0.00

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Responsável pelo Encerramento

68 - Assinatura do Responsável pelo Pagamento

69 - Assinatura do Responsável pelo Transporte

70 - Assinatura do Responsável pelo Armazenamento

71 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

72 - Assinatura do Responsável pelo Encerramento

73 - Assinatura do Responsável pelo Pagamento

74 - Assinatura do Responsável pelo Transporte

75 - Assinatura do Responsável pelo Armazenamento

Impresso por: GSSANTOS

Data de Emissão: 20/11/2021 14:20:47

Contato: 3512237

Atendimento: 3512237

Contato: 3512237

Atendimento: 3512237

Atendimento: 3512237

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A  
CNPJ: 28.876.304/0001-12  
FATURAMENTO

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SPADT**

**2 - Nº Guia no Prestador 6738031**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Arbitrado para Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

1119136

9 - Validade da Carteira

10 - Nome  
KELVIN ADELINO DE SOUZA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV  
N

Dados do Solicitante

13 - Código de Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

28684

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

04/11/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Autoriz.

0

Dados do Contratado Excitante

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 Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNEs

9365230

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Real / 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/CPP

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 - L

2 - L

3 - L

4 - L

5 - L

6 - L

7 - L

8 - L

9 - L

10 - L

11 - L

12 - L

13 - L

14 - L

15 - L

16 - L

17 - L

18 - L

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 OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

Impresso por: EPDIBONADIO

Data/Hora: 17/03/2022 10:50:00

Canal/Loce: 6738031

Atendimento: 6738031

Conênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

**\*6738031\***



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

2 - Nº Guia no Prestador 6738031

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira

1119136

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

KELVIN ADELINO DE SOUZA

11 - Numero da 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

SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Numero no Conselho

28684

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

04/11/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

40803112

26 - Descrição

RX - Punho

27 - Ql. Saúde

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 Acidente (evento ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES

9365230

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Ql. Saúde

43 - Via

44 - Tcc.

45 - % Rod / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel.

49 - G1. 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 Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - L. M. J. S. P. R. T. N. D. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z. 0. 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: EPDUBONADIO

Data/Hora: 17/03/2022 10:50:08

Condição: 6738031

Atendimento: 6738031

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

\*6738031\*

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6738031    Prontuário: 534517    SAME: 534517    Hora Atend: 09:31    Data Atend: 04/11/2021  
Paciente..... : KELVIN ADELINO DE SOUZA    Idade: 12 a  
Endereço..... : CLEBA PAICANDU  
Bairro..... : ZONA 06  
Cidade..... : MARINGA    UF.: PR    CEP: 87080330  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC    Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM  
CID Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA  
Data Saída..... : 04/11/2021    Hora Saída : 11:08

Prestador da Evolução Médica: 4031    SAMUEL MACHADO

MDA

TORUS EM PUNHO ESQUERDO HA 1 MES  
SEM QUEIXAS  
SOL RX AGORA CONSOLIDAÇÃO OK  
RETORNO SN

SAMUEL MACHADO / 28684  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Atendimento: 6738031 Pedido: 2389992 Ac. Number: 2984262  
Registro / Nome: KELVIN ADELINO DE SOUZA  
Data de Nascimento: 11/11/2008 Idade: 12 anos, 11 meses e 22 dias Sexo: M  
00:00:00  
Pedido do Exame: 04/11/2021 10:46:00 Laudado: 11/11/2021  
17:06:54  
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

**RX - PUNHO ESQUERDO (AP/ PERFIL)**

Exame de controle radiográfico evolutivo de tratamento conservador de fratura em tórus do rádio distal, em processo de consolidação.

*Isabella Dantas Sacchi R.*

ISABELLA DANTAS SACCHI R.

CRM- PR: 40827

*Aisar Mohammad Jaber*

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939