

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2. Nº Guia no Prestador 6723143000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Sessão

6 - Data de Validade da Sessão

7 - Número de Sessão Autorizada pelo Operadora

8 - Número da Carteira

118893

9 - Validade da Carteira

05/10/2023

10 - Nome

FERNANDO MORS PULGA

11 - Número do Cartão Nacional do Saúde

12 - Atendimento a RM

N

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

IVAN SANTINI SILVA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

32982

18 - Cód. - Código CBO

41

225270

19 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carteira do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

26/10/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Taboia

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

ou Item Assistencial

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

Dados do Contratado Específico

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 (ocidente 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 - Taboia 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 26/10/2021 09:30

22

10101039

10101039

CONSELHA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlida. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001

1.0

100.00

35.64

1.0

35.64

100.00

35.64

1.0

35.64

100.00

35.64

1.0

35.64

100.00

35.64

1.0

35.64

100.00

35.64

1.0

35.64

100.00

35.64

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

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part

1 12

50 - Cód. na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional(a)

23876304000112

IVAN SANTINI SILVA

52 - Conselho Prof

06

53 - Número no Conselho

32982

54 - UF

41

55 - Código CBO

225270

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

1. / /

3. / /

4. / /

5. / /

6. / /

7. / /

8. / /

9. / /

10. / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

135.64

60 - Total das Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Descontos (R\$)

0.00

62 - Total do OFME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total das Outras Retenções (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

135.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Assinatura do

2 - Nº Guia no Prestador **6723143**

1 / 1

12 - Alendimento a RN

27 - Q1.Solic.	28 - Q1.Autoriz
----------------	-----------------

47 - Valor total (R\$)4 - Código CBO65 - Total Geral (R\$)68 - Assinatura do Contratado

6723143

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

2 - Nº Guia no Prestador 6723143

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
1118893

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

FERNANDO MORS PULGA

11 - Numero da Cartão Nacional de Saude

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

IVAN SANTINI SILVA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Numero no Conselho

32982

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

26/10/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

40804089

26 - Descrição

RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)

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

31 - Código CNES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (evento 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 - Cidr.

43 - Via

44 - Tdc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Prof.

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 de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - L

2 - L

3 - L

4 - L

5 - L

6 - L

7 - L

8 - L

9 - L

10 - L

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: EPDMBONADIO

Data/Hora: 17/03/2022 10:23:04

Contat.Cole: 6723143

Atendimento: 6723143

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6723143

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6723143 Prontuário: 535445 SAME: 535445 Hora Atend: 09:30 Data Atend: 26/10/2021
Paciente..... : FERNANDO MORS PULGA Idade: 16 a
Endereço..... : RUA CLEBA PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 26/10/2021 Hora Saída : 11:35

Prestador da Evolução Médica: 2585 IVAN SANTINI SILVA

IVAN SANTINI SILVA / 32982
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Atendimento: 6723143 Pedido: 2384699 Ac. Number: 2977630
Registro / Nome: FERNANDO MORS PULGA
Data de Nascimento: 26/01/2005 Idade: 16 anos, 9 meses e 0 dia Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 26/10/2021 10:27:00 Laudado: 03/11/2021
11:26:40
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: IVAN SANTINI SILVA

RX - TORNOZELO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Defeito fibroso cortical do terço distal da tíbia direita.


ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608