

20/11/2019 12:49:49 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A Página 1 de 1

<https://sisse.maringa.pr.gov.br/print/nfse/cnpj/23876304000112/codval/7E1A241D7/numnfe/8478/> 1

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
INDEPENDENCIA 93 ZONA 04 CEP: 87015-020
MARINGA - PR E-mail:
TELEFONE:3032-1818
INSCR. C.N.P.J.: 23.876.304/0001-12
INSCR. C.C.M.: 191342
INSCR. ESTADUAL: ISENT0

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS Série: F

Nº 8470

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica
DATA DE EMISSÃO 20/11/2019 FOLHA 1
NFE:
cod. Verificacao:

RESPONSÁVEL: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

ENDEREÇO: JULIO DA COSTA,1447

MUNICÍPIO: CURITIBA

FONE RES.: (41)3240-2935

FONE COM.: (41)3240-2935

No. INSCR. C.P.F./C.N.P.J: 15.116.763/0004-12

No. INSCR. EST./RG: ISENT0

BAIRRO: BIGORRILHO

ESTADO: PR

CEP: 80730070

E-MAIL: JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.OF

No. INSCR. C.C.M.:

OBS.:

UNID.	QTDE.	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
		CONSULTAS MEDICAS	156,50	156,50
		RADIODIAGNOSTICO	71,28	71,28
		ISS 2.00 R 4.56 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	227,78	
			TOTAL DO RPS =>	227,78

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE M& serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 8470

DATA RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Este documento trata-se de um RPS (Recibo Provisório de Serviços) que será convertida em Nota Fiscal Eletrônica em prazo legal

25 NOV. 2019

Período de Entrega das Remessa de 16/10/2019 a 16/11/2019 - Ordenado por: Remessa

Remessa	Nota Fiscal	Entrega	Pagamento	Convênio	Total
75579	8470	14/11/2019	14/12/2019	59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC	227,78
Total Geral:					227,78

Convênios Selecionados

59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC

Acrupamento: 1 - AMBULATORIAL Tipo de Acrupamento: CONTA AMBULATORIAL

Remessa: 75579 Competência: 11/2019 Entrega: 14/11/2019 *75579*
Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Nota Fiscal

Período										
Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem		Valor		
02/10/2019	02/10/2019	5739375000000		3033432	5739375	IGOR OLIVEIRA SALUSTRIAN	CLINICA ORTOPEDIA	135,64		
02/10/2019	02/10/2019	5739437000000		3033408	5739437	RAFAEL GARCIA SCHROEDER	CLINICA ORTOPEDIA	92,14		
Total : 2									227,78	
Total Geral : 2									227,78	

25 NOV 2019

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

2 - Nº Guia no Prestador 5739375000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autenticação		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 10/12/2019		10 - Nome IGOR OLIVEIRA SALUSTRIANO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 0000000000		13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante SAULO FOUANI DE MIRANDA	
16 - Nome do Profissional Solicitante		17 - Número no Conselho 33925		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 02/10/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	
27 - Qi Solic.		28 - Qi Autoriz.		29 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		30 - Código na Operadora 23876304000112		31 - Código CNES 9365230	
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		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 1 02/10/2019 13:48 22 10101039 2 02/10/2019 14:27 22 40804097		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 100.00 001 1.0 35.64		48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/cpf 51 - Nome do Profissional 1 12 23876304000112 SAULO FOUANI DE MIRANDA	
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 06 33925 41 225270		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 135.64		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\$) 135.64	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Profissional Solicitante		70 - Assinatura do Profissional Solicitante	

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

2 - Nº Guia no Prestador 5739375

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome IGOR OLIVEIRA SALUSTRIANO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
8 - Número da Carteira 0000000000		9 - Validade da Carteira	12 - Atendimento a RN N
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante SAULO FOJANI DE MIRANDA
16 - Nome do Profissional 06		17 - Número no Conselho 33925	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	21 - Caráter do Atendimento 1
22 - Data da Solicitação 02/10/2019		23 - Indicação Clínica CONSULTA EMERGENCIA / URGENCIA	24 - Tabela 1
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039		26 - Descrição CONSULTA EMERGENCIA / URGENCIA	27 - Qt. Solic. 1
28 - Qt. Autoriz. 0		29 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	30 - Nome da Operadora HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
31 - Código CNES 9365230		32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Data
37 - Hr. Inicial		38 - Hr. Final	39 - Tabela
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	42 - Qtd.
43 - Via		44 - Tec.	45 - % Ref / Acres.
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	48 - Seq. Ref.
49 - Gr. Part		50 - Código da operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	54 - UF
55 - Código CBO		56 - Data de Realização de 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 de 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	69 - Assinatura do Responsável pela Autorização



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

2 - Nº Guia no Prestador 5739375

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome IGOR OLIVEIRA SALUSTRIANO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 0000000000		Dados do Beneficiário		13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante SAULO FOJANI DE MIRANDA	
21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 02/10/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tipo Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40804097		26 - Descrição RX - Pe ou pododactilo	
27 - Ql. Solic. 1		28 - Ql. Autoriz. 0		29 - Ql. Red. / Acres. 45 - M. Red. / Acres. 44 - T. Ac.		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CNES 9365230	
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (evidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final	
39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Ql. Red. / Acres. 45 - M. Red. / Acres. 44 - T. Ac.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)		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 - Total Geral (R\$)	
57 - Data de Realização de Procedimento em Série		58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		59 - Assinatura do Responsável pela Autorização		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 Contratado	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
72 - Observação / Justificativa		73 - Observação / Justificativa		74 - Observação / Justificativa		75 - Observação / Justificativa		76 - Observação / Justificativa	



RETORNO DOS PACIENTES DA ORTOPEDIA

Identificação

Nome do Paciente

IGOR OLIVEIRA SALUSTRIANO

Convênio

ADVENTISTA

Diagnóstico

FRATURA DE FALANGE

Especialidade

DR. SAULO

**RETORNO NA ORTOPEDIA BOM SAMARITANO, AV INDEPENDENCIA 112
TELEFONE 3262 4020**

Data do Agendamento

Horário Agendado

Agendado Por

ORIENTAÇÕES

FAZER RAO X

() SIM

() NÃO

COM TALA/GESEO

() SIM

() NÃO

() Clavícula

() Ombro

() Braço

() Cotovelo

() Antebraço

() Punho

() Mão

() Coluna

() Bacia

() Quadril

() Coxa

() Joelho

() Perna

() Tornozelo

() Pé

CURATIVO

() SIM

() NÃO

OBS

RETORNO COM 1 SEMANA
(LIGAR NO NUMERO 3262 4020)

NÃO ESQUECER DE LEVAR ESSE ENCAMINHAMENTO PARA O MÉDICO NO DIA DO RETORNO

Assinatura do médico solicitante

Maringá, 20/09/19



Atendimento: 5739375 Pedido: 2044071 Ac. Number: 2550515
Registro / Nome: IGOR OLIVEIRA SALUSTRIANO
Data de Nascimento: 06/08/2010 Idade: 9 anos, 1 mês e 26 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 02/10/2019 14:27:00 Laudado: 23/10/2019
10:29:47
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: PLANTAO SAULO FOUANI DE MIRANDA

RX - PÉ DIREITO (AP / OBLÍQUA)

Fratura incompleta da porção distal da falange proximal do hálux, sem desalinhamento significativo.

ANGELO ANTONIO RAIAN MAROSTICA R

CRM- PR: 39049

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 5037715 DATA: 02/10/2019 14:27
USUÁRIO....: SFMIRANDA
ATENDIMENTO: 5739375 DT NASC: 06/08/2010 (9A 1M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 276507 - IGOR OLIVEIRA SALUSTRIANO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/10/2019 13:48 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SAULO FOUANI DE MIRANDA SERVIÇO:
UNID. INT...: CLINICA ORTOPEDIA INDEP- HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: M255 DOR ARTICULAR CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

5739375

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1					
Justificativa.: CONTROLE PE DIREITO						

Dr. Saulo F. de Miranda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PR 33925 / TEOT 16299

SAULO FOUANI DE MIRANDA
CRM-PR: 33925

PRESCRIÇÃO.: 5037715 DATA PRESCRIÇÃO: 02/10/2019 14:27
SETOR SOLIC: CLINICA ORTOPEdia INDEP- HBSM NR CARTEIRA: 0000000000
ATENDIMENTO: 5739375 VALIDADE:
PACIENTE...: 276507 - IGOR OLIVEIRA SALUSTRIANO NASC: 06/08/2010 9A 1M 27D
ORIGEM ATD.: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC SERVIÇO:
PRESTADOR...: 33925 SAULO FOUANI DE MIRANDA LEITO:
ACOMODAÇÃO.:
UNID INTERN: CLINICA ORTOPEdia INDEP- HBSM USUÁRIO: SFMIRANDA
CID.....: M255 DOR ARTICULAR

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado
Para: 55 RADIOLOGIA ORTOPEdia - HBSM

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatur.
PE OU PODODACTIL OS	1	*2044071* 2044071	02/10/2019 14:27		*2550515* 2550515 AT	32040105

Justificativa: CONTROLE PE DIREITO

Dr. Saulo F. de Miranda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PR 33925 / TEOT 16299

SAULO FOUANI DE MIRANDA
CRM-PR : 33925

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Igor de Oliveira Salustriano

Nº da Carteira: 4.31.4363

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 06/08/2010

Nº da Guia: 1400



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/09/2019	07:46:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, 1º Dedo Pé Esquerdo

Descrição
O aluno estava jogando bola e dedo entrou na grade, e torceu

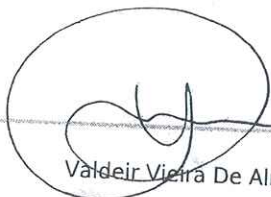
Testemunha da ocorrência	Telefone
Walterlander	44991354479

Quem prestou primeiros socorros	Data
Walterlander	20/09/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital e Maternidade Santa Rita	31, Av. Independência	3	Zona 04, Maringá - PR	(44) 3220-6000

Observações
Vamos levar ao hospital.

Ass.:


Valdeir Vieira De Almeida

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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Valdeir Vieira De Almeida

1 de 1

20/09/2019

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

2 - Nº Guia no Prestador 57394370000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Serihe		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira 12/12/2019		10 - Nome RAFAEL GARCIA SCHROEDER		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 4362205		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 27782		18 - UF 41	
Dados do Solicitante 13 - Código da Operadora 23876304000112		15 - Nome do Profissional Solicitante FERNANDO VIEIRA DE BARROS		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento 1	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		22 - Data da Solicitação 02/10/2019		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 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		32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
Dados do Atendimento		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 02/10/2019 14:09 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE 2 02/10/2019 14:12 22 40803120 RX - MAO OU QUIRODACTILO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 56.50 3 001 35.64 3	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Sq. Ref. 49 - Cr. Part 50 - Cód. na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional 1 12 23876304000112 FERNANDO VIEIRA DE BARROS		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 06 27782 41 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\$) 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 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado	

CLAC

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

2 - Nº Guia no Prestador 5739437

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome RAFAEL GARCIA SCHROEDER	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 4362205	9 - Validade da Carteira	10 - Nome RAFAEL GARCIA SCHROEDER	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 FERNANDO VIEIRA DE BARROS	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 27782
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caráter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 02/10/2019	23 - Indicação Clínica Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101012	26 - Descrição Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. 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 (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 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 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				
55 - 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 OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Médicos (R\$) 65 - Total Geral (R\$)				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				
Impresso por: NBFELINE Data/Hora: 02/10/2019 14:08:16				
Atendimento: 5739437				
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
5739437				

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

2 - Nº Guia no Prestador 5739437

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		5 - Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		6 - Data Validade da Senha		10 - Nome RAFAEL GARCIA SCHROEDER		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
8 - Número da Carteira 4362205		10 - Nome RAFAEL GARCIA SCHROEDER		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		17 - Número no Conselho 27782			
15 - Nome do Profissional Solicitante FERNANDO VIEIRA DE BARROS		16 - Conselho Profissional 06		19 - Código CBO 225270			
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação 02/10/2019		23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40803120		26 - Descrição RX - Mão ou quirodactilo		27 - Ql Solic. 1	
						28 - Qt. Autoriz. 0	
Dados do Contratado Executante		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CNES 9365230			
29 - Código na Operadora 23876304000112		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento							
Dados de 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 - Tec.	
		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do Profissional(s) 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 de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Profissional		59 - Assinatura do Contratado	
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 -		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 -		212 -	
213 -		214 -		215 -		216 -	
217 -		218 -		219 -		220 -	
221 -		222 -		223 -		224 -	
225 -		226 -		227 -		228 -	
229 -		230 -		231 -		232 -	
233 -		234 -		235 -		236 -	
237 -		238 -		239 -		240 -	
241 -		242 -		243 -		244 -	
245 -		246 -		247 -		248 -	
249 -		250 -		251 -		252 -	
253 -		254 -		255 -		256 -	
257 -		258 -		259 -		260 -	
261 -		262 -		263 -		264 -	
265 -		266 -		267 -		268 -	
269 -		270 -		271 -		272 -	
273 -		274 -		275 -		276 -	
277 -		278 -		279 -		280 -	
281 -		282 -		283 -		284 -	
285 -		286 -		287 -		288 -	
289 -		290 -		291 -		292 -	
293 -		294 -		295 -		296 -	
297 -		298 -		299 -		300 -	
301 -		302 -		303 -		304 -	
305 -		306 -		307 -		308 -	
309 -		310 -		311 -		312 -	
313 -		314 -		315 -		316 -	
317 -		318 -		319 -		320 -	
321 -		322 -		323 -		324 -	
325 -		326 -		327 -		328 -	
329 -		330 -		331 -		332 -	
333 -		334 -		335 -		336 -	
337 -		338 -		339 -		340 -	
341 -		342 -		343 -		344 -	
345 -		346 -		347 -		348 -	
349 -		350 -		351 -		352 -	
353 -		354 -		355 -		356 -	
357 -		358 -		359 -		360 -	
361 -		362 -		363 -		364 -	
365 -		366 -		367 -		368 -	
369 -		370 -		371 -		372 -	
373 -		374 -		375 -		376 -	
377 -		378 -		379 -		380 -	
381 -		382 -		383 -		384 -	
385 -		386 -		387 -		388 -	
389 -		390 -		391 -		392 -	
393 -		394 -		395 -		396 -	
397 -		398 -		399 -		400 -	
401 -		402 -		403 -		404 -	
405 -		406 -		407 -		408 -	
409 -		410 -		411 -		412 -	
413 -		414 -		415 -		416 -	
417 -		418 -		419 -		420 -	
421 -		422 -		423 -		424 -	
425 -		426 -		427 -		428 -	
429 -		430 -		431 -		432 -	
433 -		434 -		435 -		436 -	
437 -		438 -		439 -		440 -	
441 -		442 -		443 -		444 -	
445 -		446 -		447 -		448 -	
449 -		450 -		451 -		452 -	
453 -		454 -		455 -		456 -	
457 -		458 -		459 -		460 -	
461 -		462 -		463 -		464 -	
465 -		466 -		467 -		468 -	
469 -		470 -		471 -		472 -	
473 -		474 -		475 -		476 -	
477 -		478 -		479 -		480 -	
481 -		482 -		483 -		484 -	
485 -		486 -		487 -		488 -	
489 -		490 -		491 -		492 -	
493 -		494 -		495 -		496 -	
497 -		498 -		499 -		500 -	
501 -		502 -		503 -		504 -	
505 -		506 -		507 -		508 -	
509 -		510 -		511 -		512 -	
513 -		514 -		515 -		516 -	
517 -		518 -		519 -		520 -	
521 -		522 -		523 -		524 -	
525 -		526 -		527 -		528 -	
529 -		530 -		531 -		532 -	
533 -		534 -		535 -		536 -	
537 -		538 -		539 -		540 -	
541 -		542 -		543 -		544 -	
545 -		546 -		547 -		548 -	
549 -		550 -		551 -		552 -	
553 -		554 -		555 -		556 -	
557 -		558 -		559 -		560 -	
561 -		562 -		563 -		564 -	
565 -		566 -		567 -		568 -	
569 -		570 -		571 -		572 -	
573 -		574 -		575 -		576 -	
577 -		578 -		579 -		580 -	
581 -		582 -		583 -		584 -	
585 -		586 -		587 -		588 -	
589 -		590 -		591 -		592 -	
593 -		594 -		595 -		596 -	
597 -		598 -		599 -		600 -	
601 -		602 -		603 -		604 -	
605 -		606 -		607 -		608 -	
609 -		610 -		611 -		612 -	
613 -		614 -		615 -		616 -	
617 -		618 -		619 -		620 -	
621 -		622 -		623 -		624 -	
625 -		626 -		627 -		628 -	
629 -		630 -		631 -		632 -	
633 -		634 -		635 -		636 -	
637 -		638 -		639 -		640 -	
641 -		642 -		643 -		644 -	
645 -		646 -		647 -		648 -	
649 -		650 -		651 -		652 -	
653 -		654 -		655 -		656 -	
657 -		658 -		659 -		660 -	
661 -		662 -		663 -		664 -	
665 -		666 -		667 -		668 -	
669 -		670 -		671 -		672 -	
673 -		674 -		675 -		676 -	
677 -		678 -		679 -		680 -	
681 -		682 -		683 -		684 -	
685 -		686 -		687 -		688 -	
689 -		690 -		691 -		692 -	
693 -		694 -		695 -		696 -	
697 -		698 -		699 -		700 -	
701 -		702 -		703 -		704 -	
705 -		706 -		707 -		708 -	
709 -		710 -		711 -		712 -	
713 -		714 -		715 -		716 -	
717 -		718 -		719 -		720 -	
721 -		722 -		723 -		724 -	
725 -		726 -		727 -		728 -	
729 -		730 -		731 -		732 -	
733 -		734 -		735 -		73	



Atendimento: 5739437 Pedido: 2044051 Ac. Number: 2550490
Registro / Nome: RAFAEL GARCIA SCHROEDER
Data de Nascimento: 21/07/2008 Idade: 11 anos, 2 meses e 12 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 02/10/2019 14:12:00 Laudado: 23/10/2019
10:27:17
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: FERNANDO VIEIRA DE BARROS

RX - MÃO DIREITA (2 INCIDÊNCIAS)

Exame de controle evolutivo de fratura na base da falange proximal do 1º quirodáctilo.

ANGELO ANTONIO RAIAN MAROSTICA R

CRM- PR: 39049

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 5037671 DATA: 02/10/2019 14:12
USUÁRIO....: FVBARROS
ATENDIMENTO: 5739437 DT NASC: 21/07/2008 (11A 2M 12D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 401717 - RAFAEL GARCIA SCHROEDER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/10/2019 14:09 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FERNANDO VIEIRA DE BARROS SERVIÇO:
UNID. INT.: CLINICA ORTOPEDIA INDEP- HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						

Justificativa.: fratura polegar direito

Santido

FERNANDO VIEIRA DE BARROS
CRM-PR: 27782

Fernando Vieira de Barros
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CONVÊNIO E RECONSTRUÇÃO ORTEA
CRM-PR: 27782 / TEOT 13554

PRESCRIÇÃO.: 5037671

DATA PRESCRIÇÃO: 02/10/2019 14:12

SETOR SOLIC: CLINICA ORTOPEDIA INDEP- HBSM

NR CARTEIRA: 4362205

ATENDIMENTO: 5739437

VALIDADE:

PACIENTE...: 401717 - RAFAEL GARCIA SCHROEDER NASC: 21/07/2008 11A 2M 12D

ORIGEM ATD.: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CIAC

SERVIÇO:

PRESTADOR...: 27782 FERNANDO VIEIRA DE BARROS

ACOMODAÇÃO..

LEITO:

UNID INTERN: CLINICA ORTOPEDIA INDEP- HBSM

CID.....: USUÁRIO: FVBARROS

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado
Para: 55 RADIOLOGIA ORTOPEDIA - HBSM

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatur.
MAO OU QUIRODACTI LOS D	1	 2044051	02/10/2019 14:12		 2550450 AT	32030126

Justificativa: fratura polegar direito

FERNANDO VIEIRA DE BARROS
CRM-PR : 27782

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rafael Garcia Schroeder

Nº da Carteira: 4.36.2205

Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F

Data de Nascimento: 21/07/2008

Nº da Guia: 1407



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/09/2019	10:00:00	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição
Os alunos estavam jogando bola, estava no gol, no horário do intervalo, tentou segurar uma bola que veio com força e torceu o dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gisele Cristina	(44) 3112-3637
Iris Neia Mota da Silva Marques	(44) 3112-3637

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ana Paula Sanabria	19/09/2019

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital e Maternidade Santa Rita	31, Av. Independência	3	Zona 04, Maringá - PR	(44) 3220-6000

Observações
A mãe está encaminhando a criança. <i>Via para retorno.</i>

Ass.:

Gisele Silva Dos Santos Ferreira

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 - Bigorralho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Gisele Silva Dos Santos
Ferreira

1 de 1

24/09/2019

5739 437