

Competência: 07/2020 - Ordenado por: Remessa

Remessa	Nota Fiscal	Entrega	Pagamento	Convênio	Total
80415	12902	30/07/2020	10/09/2020	59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC	56,50
80416	12901	30/07/2020	10/09/2020	59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC	263,28
80417	12900	30/07/2020	10/09/2020	59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC	127,78
Total Geral:					447,56

Convênios Seleccionados

59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC



Prefeitura do Município de Maringá
Secretaria de Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número **12.938**
Código verificação **3FC-79B-73A**
Emitido em **30/07/2020 14:46:29**



RPS Nº 12902 Série F de 30/07/2020 Lote 35719

Prestador de Serviços



CNPJ: **23.876.304/0001-12** Inscrição Municipal: 191342
Razão Social: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A**
Nome Fantasia: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A**
Endereço: **AVENIDA INDEPENDENCIA, 93, DT 01 A 14, Zona 04**
Município: **MARINGÁ - PR**
Email: **contabilidade@santaritasaude.com.br**

CEP: 87.015-020
Fone: (44) 3041-7312



Tomador de Serviços

CNPJ: **15.116.763/0004-12**
Razão Social: **INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE**
Endereço: **JULIO DA COSTA, 1447, Bigomilho**
Município: **CURITIBA - PR**
Email: **jadertinelli@clinicaadventista.org.br**

CEP: 80.730-070
Fone: (04) 13240-2935

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 56,50 ISS 2,00 R 1,13 PIS 0,00 R 0,00 COFINS 0,00 R
0,00 ISS 0,00 R 0,00

Valor Total da NFS-e

R\$ 56,50

Item da Lista de Serviços

04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Valor Total Deduções	Desc. Incondicionado	Base de Cálculo	Aliquota (%)	Valor do ISSQN
0,00	0,00	56,50	2,00	1,13
Valor do PIS	Valor da COFINS	Valor do INSS	Valor do IRRF	Valor do CSLL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Retenções	Desc. Condicionado	Valor Líquido	Competência	Resp. Recolhimento do ISS
0,00	0,00	56,50	07/2020	Prestador
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor
Não	Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR

Outras Informações

18 AGO. 2020

Consulte a autenticidade deste documento em <https://isse.maringa.pr.gov.br>

30/07/2020 14:46:46

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

Página 1 de 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 12902
NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica
DATA DE EMISSÃO 30/07/2020 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	56,50	56,50
		ISS 2.00 R 1.13 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	56,50	
			TOTAL DO RPS =>	56,50

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MA serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 12902

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

18 AGO. 2020

Agrupamento: **1 - AMBULATORIAL** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAL**

Remessa: **80415** Competência: **07/2020** Entrega: **30/07/2020** ***80415***
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**
Nota Fiscal 12902 Série: F

Período								
Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento		Origem	Valor
27/05/2020	27/05/2020	6068964000000		3222984	6068964	GUILHERME MACEDO DE MIR/A CLINICA DE ESPECIA		56,50
							Total : 1	56,50
							Total Geral : 1	56,50

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

2 - Nº Guia no Prestador 6068964000000

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 Autorização		5 - Senha		10 - Nome GUILHERME MACEDO DE MIRANDA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 01/01/2025		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
8 - Número da Carteira 1114		13 - Código da Operadora 23876304000112		15 - Nome do Profissional Solicitante DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR		16 - Conselho Profissional 28801		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 27/05/2020		23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1		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			
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 27/05/2020 09:27 09:27		39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 56.50 56.50			
Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)		48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora / CPF 51 - Nome do Profissional 1 12 23876304000112 DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 06 28801 41 225270		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 56.50		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\$) 56.50		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	



2 - Nº Guia no Prestador **6068964**

Folha: 1 / 1



Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

Atendimento: 6068964

Conta/Lote: 6068964

Data/Hora: 27/05/2020 09:29:15

Impresso per: ASECCO

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Guilherme Macêdo de Miranda
Nº da Carteira: 11.4.164
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 08/05/2000

Nº da Guia: 2138

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/05/2020	15:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno interno estava jogando futebol, ao correr esticou a perna e estalou o joelho E. O mesmo relatou sentir muita dor

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Célia Damasceno	11/05/2020

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

Observações

Durante 09 dias foi feito tratamento alternativo(compressa de gelo, arnica e cataplasma de dolomita, antiinflamatório). Não encaminhado antes por prevenção de contaminação ao COVID-19.

Ass.:

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Prefeitura do Município de Maringá
Secretaria de Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número **12.937**
Código verificação **A92-200-F28**
Emitido em **30/07/2020 14:46:29**



RPS Nº 12901 Série F de 30/07/2020 Lote 35719

Prestador de Serviços



CNPJ: **23.876.304/0001-12** Inscrição Municipal: 191342
Razão Social: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A**
Nome Fantasia: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A**
Endereço: **AVENIDA INDEPENDENCIA, 93, DT 01 A 14, Zona 04**
Município: **MARINGÁ - PR**
Email: **contabilidade@santaritasaude.com.br**

CEP: 87.015-020
Fone: (44) 3041-7312



Tomador de Serviços

CNPJ: **15.116.763/0004-12**
Razão Social: **INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE**
Endereço: **JULIO DA COSTA, 1447, Bigomilho**
Município: **CURITIBA - PR**
Email: **jadertinelli@clinicaadventista.org.br**

CEP: 80.730-070
Fone: (04) 13240-2935

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 100.00 | RADIODIAGNOSTICO R\$ 71.28 | REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 92.00 ISS
2.00 R 5.27 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 263,28

Item da Lista de Serviços

04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Valor Total Deduções	Desc. Incondicionado	Base de Cálculo	Alíquota (%)	Valor do ISSQN
0,00	0,00	263,28	2,00	5,27
Valor do PIS	Valor da COFINS	Valor do INSS	Valor do IRRF	Valor do CSLL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Retenções	Desc. Condicionado	Valor Líquido	Competência	Resp. Recolhimento do ISS
0,00	0,00	263,28	07/2020	Prestador
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor
Não	Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR

Outras Informações

Consulte a autenticidade deste documento em <https://isse.maringa.pr.gov.br>

30/07/2020 14:48:48

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

Página 1 de 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: ISENTO

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS Série: F

Nº 12901

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica
DATA DE EMISSÃO 30/07/2020 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: ISENTO

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	100,00	100,00
		RADIODIAGNOSTICO	71,28	71,28
		REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS	92,00	92,00
		ISS 2.00 R 5.27 PIS 0.00 R 0.00		
		COFINS 0.00 R 0.00		
		ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	263,28	
		TOTAL DO RPS =>		263,28

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 12901

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 6087703000000

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 11118641		9 - Validade da Carteira 31/12/2030	
10 - Nome FABRICIO SOARES CAMPOS DE MORAES		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 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 - Número no Conselho 28684		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data de Solicitação 15/06/2020	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	
27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.		29 - Nome do Contratado 30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
31 - Código CNES 9365230		32 - Tipo Atendimento 04	
33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada		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	
42 - Qcde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		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		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 263.28	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	
62 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		63 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
64 - Total Geral (R\$) 263.28		65 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
66 - Assinatura do Contratado		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	

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

2 - Nº Guia no Prestador 2149

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome FABRICIO SOARES CAMPOS DE MORAES	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 0000000000000		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PR 28.624 III TEOT 15.284		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	
21 - Cartão de Atendimento		22 - Data da Solicitação 15/06/2020		23 - Indicação Clínica		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição Consulta em pronto socorro		17 - Número no Conselho 28684		18 - UF 41	
27 - Ql. Solic. 1		28 - Ql. Autoriz. 0		19 - Código CBO 225270		31 - Código CNES 9365230	
Dados do Contratado		29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		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 - Qlde.		43 - Via		44 - Tec.	
45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		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 do 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 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: VRGONCALVES		Data/Hora: 15/06/2020 13:46:15		Conta/Lote: 6087703		Atendimento: 6087703	
Convenção: INST ADVENTISTA-IAP		*6087703*					



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

2 - Nº Guia no Prestador 2149

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Sessão	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Sessão		
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 00000000000000000000	9 - Validade da Carteira	10 - Nome FABRICIO SOARES CAMPOS DE MORAES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde Samuel Machado
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 6
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 2	22 - Data de Solicitação 15/06/2020	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	27 - Qt. Solic.
1 22	40804089	RX - Articulação tibiotarsica (tornozelo)	1
2 22	40804097	RX - Pe ou pododactilo	1
3 22	30728134	Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento incruent	1
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
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 - Qtd.	43 - Via
44 - Tec.	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			
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	11 - L	12 - L
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			
Data/Hora: 15/06/2020 15:07:28			
Conta/Lote: 6067703			
Atendimento: 6067703			
Convênio: INSTADVENTISTA/JAP			
Impresso por: JPDGOMES			



Atendimento: 6087703 Pedido: 2154346 Ac. Number: 2688254
Registro / Nome: FABRICIO SOARES CAMPOS DE MORAES
Data de Nascimento: 03/11/2001 Idade: 18 anos, 7 meses e 11 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 15/06/2020 14:07:00 Laudado: 23/06/2020
07:10:07
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - TORNOZELO DIREITO (AP / PERFIL)

Não se visualizam sinais de fratura.

Espaços articulares preservados.

JAMILE DIOGO DE ARAUJO R

CRM- PR: 41329

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874



Atendimento: 6087703 Pedido: 2154346 Ac. Number: 2688255
Registro / Nome: FABRICIO SOARES CAMPOS DE MORAES
Data de Nascimento: 03/11/2001 Idade: 18 anos, 7 meses e 11 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 15/06/2020 14:07:00
Laudado: 18/06/2020
17:08:28
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - PÉ DIREITO

- 1- Não se visualiza sinais de fratura.
- 2- Espaços articulares conservados.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 5423129 DATA: 15/06/2020 14:04
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6087703 DT NASC: 03/11/2001 (18A 7M 12D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 502267 - FABRICIO SOARES CAMPOS DE MORAES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/06/2020 13:42 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT.: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PCT REFERE QUEDA COM MECANISMO DE ENTORSE EM TORNOZELO DIREITO A 3 DIAS
HOJE COM EDEMA E DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO

EF:
EDEMA EM RGIAÇÃO MALEOLAR LATERAL DIREITA
PELE INTEGRAL
TESTE DE STRESS NEGATIVO

6087703

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: ESQUERDO	1					
2 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: TRAUMA A DIREITA	1					

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1					

Samuel Machado
OROPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28684

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

PRESCRIÇÃO.: 5423188 DATA: 15/06/2020 14:27
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6087703 DT NASC: 03/11/2001 (18A 7M 12D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 502267 - FABRICIO SOARES CAMPOS DE MORAES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/06/2020 13:42 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT.: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

AO RX: NAO APRESENTA LESAO OSSEA AGUDA COMO FRATURAS COM DESVIO.

HD\ LESAO LIGAMENTAR DE TORNOZELO

PLANO TERAPEUTICO:

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE E FAMILIAR QUANTO A GRAVIDADE DO CASO E TEMPO DE RECUPERAÇÃO.
ORIENTO PROTOCOLO PRICE

ANALGESIA, RECEITA, IMOBILIZAÇÃO, RETORNO

REALIZO MANOBRAS NO TORNOZELO EM POSIÇÃO ANATOMICA DE 90 GRAUS DO PÉ, PARA REDUÇÃO INCRUENTA DA
LESAO LIGAMENTAR DO TORNOZELO COM POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO.

6087703

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data Horários
4 TORNOZELO, LESAO LIGAMENTO AGUDA AO NIVEL - INCRUE	1					[15/06] . 14:27

Samuel Machado
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PR: 28684

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/ag5ml
	Água Oxigenada - ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva - cm		Seringa Descartável s/ag10ml
	Agulha descartável 25x7		Compr. de gase 7.5 x 7.5 (setor) - un		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/ag20ml
	Agulha descartável 40x12		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Intracath infantil		Sonda Aspiração nº
	Álcool Iodado - ml		Dreno pen rose nº01		Lâmina de bisturi nº 11		Sonda Foley2 vias nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno pen rose nº02		Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley3 vias nº
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Dreno pen rose nº03		Luva estéril nº		Sonda Nasogastrica longa nº
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Eletrodo desc. de papel- unidade		Luva de procedimento un		Tala de Alumínio P
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipe macrogotas		Molho Tubular nº		Tala de Alumínio M
	Atadura gessada 10cm		Equipo microgotas		Micropore 25 mm - cm		Tala de Alumínio G
	Atadura gessada 20cm		Escalpe nº		Polifix Padrão		Kit Dren adulto
	Benzina - ml		Esparradrapo - cm		PVPI degermante		Kit Dren Infantil
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PCPI tópico		Xylocaina 2% s/vaso
	Cadaço - 100cm		Fio Polycot 2-0 (P 13 T)		Salto de madeira adulto		
	Cânulaend. S/balão nº		Fio Polycot 3-0 (P 14 T)		Salta de madeira infantil		
	Cânula end. C/balão nº		Fio Mononylon4-0 (1129 T)		Seringa descartável s/ag3ml		

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Drenagem torácica - Kit Dren	Nebulização	Retirada de soro
Aplicação IM	Eletrcardiograma	Oxigênio: Início: _____ Fim: _____	Sondagem vesical de alívio
Aspiração	Fixação de Escala de Soro	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Cardioversão elétrica	Fixação de Cateter de O ₂	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Curativo P	Flebotomia	Punção Lombar	Traqueostomia
Curativo M	Glicemia Capilar	Punção Venosa - Adulto	Verificação de sinais vitais
Curativo G	Monitorização Cardíaca: Início: _____ Fim: _____	Punção Venosa - Infantil	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	P	T	R	SAT

*Plta. administrada no P. refuso lencos de R(1) e de
in local. Encaminhado para RX, verificado judoca
incentiva de lúas e pntar do bumbos f. mobil.
gcos, e budo para oit. hospital. Angelo 1.17.531*

Dados do Atendimento

Atendimento: 6087703 Data/Hora: 15/06/2020 13:42
Paciente: 502267 - FABRICIO SOARES CAMPOS DE MORAES
Prestador: 4031 - SAMUEL MACHADO
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM

Prioridade: Média
Sexo: M Nasc.: 03/11/2001 (18a 7m 12d)
Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: PACIENTE REFERE TORÇÃO DO PÉ DIREITO HÁ 3 DIAS E RELATA DOR LOCAL

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT99%

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 118 x 60 mmHG Pulso: 63 bpm Temperatura: 36,5 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito

Menarca:

Últ. Menstruação:

Nº de Partos:

1º Congresso Sexual:

Higiene Bucal: Boa

Cidade:

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒

Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒

Fumante? Sim ☐ Não ☒

Dor? Sim ☐ Não ☒

Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒

Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒

UF: Hospital:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Fabrício Soares Campos de Moraes
Nº da Carteira: 11.1.18641
Instituição: IAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 03/11/2001

Nº da Guia: 2149

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/06/2020	22:09:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluno interno em jogo de vôlei no ginásio. Refere torção em MID. Apresenta edema 2+/4+ em região maleolar bilateral e algia ao movimentar o membro. Aplicado arnica e imobilização do membro com atadura.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	13/06/2020

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Segue em observação. Orientado a procurar a enfermaria caso persista o edema e dificuldade para movimentar o membro. ---- 14/06 10h15: Reavaliado a lesão, apresenta aumento de edema (3+/4+) e refere não conseguir movimentar o membro devido a dor. Realizado nova imobilização com tala.

Ass.:

Célia D. da Silva

Célia D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

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 - Bigorilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Prefeitura do Município de Maringá
Secretaria de Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número **12.936**
Código verificação **A6A-2FA-A24**
Emitido em **30/07/2020 14:46:29**



RPS Nº 12900 Série F de 30/07/2020 Lote 35719

Prestador de Serviços



CNPJ: **23.876.304/0001-12** Inscrição Municipal: 191342
Razão Social: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A**
Nome Fantasia: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A**
Endereço: **AVENIDA INDEPENDENCIA, 93, DT 01 A 14, Zona 04**
Município: **MARINGÁ - PR**
Email: **contabilidade@santaritasaude.com.br**

CEP: 87.015-020
Fone: (44) 3041-7312



Tomador de Serviços

CNPJ: **15.116.763/0004-12**
Razão Social: **INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE**
Endereço: **JULIO DA COSTA, 1447, Bigomilho**
Município: **CURITIBA - PR**
Email: **jadertinelli@clinicaadventista.org.br**

CEP: 80.730-070
Fone: (04) 13240-2935

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 56.50 | RADIO DIAGNOSTICO R\$ 71.28 ISS 2.00 R 2.56 PIS 0.00 R
0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 127,78

Item da Lista de Serviços

04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Valor Total Deduções	Desc. Incondicionado	Base de Cálculo	Alíquota (%)	Valor do ISSQN
0,00	0,00	127,78	2,00	2,56
Valor do PIS	Valor da COFINS	Valor do INSS	Valor do IRRF	Valor do CSLL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Retenções	Desc. Condicionado	Valor Líquido	Competência	Resp. Recolhimento do ISS
0,00	0,00	127,78	07/2020	Prestador
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor
Não	Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR

Outras Informações

Consulte a autenticidade deste documento em <https://isse.maringa.pr.gov.br>

30/07/2020 14:49:49

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

Página 1 de 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: ISENTO

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS Série: F
Nº 12900
NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica
DATA DE EMISSÃO 30/07/2020 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: ISENTO

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 RADIODIAGNOSTICO	56,50 71,28	56,50 71,28
		ISS 2.00 R 2.56 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	127,78	
			TOTAL DO RPS =>	127,78

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA os serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 12900

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

80417

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
02/07/2020	02/07/2020	6107373000000		3252186	6107373	DIEGO GONZALES NOBREGA CLINICA DE ESPECIALIDADE	127,78
Total : 1							127,78
Total Geral : 1							127,78

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

2 - N° Guia no Prestador 61073730000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
1141301		31/12/2030		DIEGO GONZALES NOBREGA							
Dados do Beneficiário		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
8 - Número da Carteira		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		SAMUEL MACHADO		06		28684		225270	
1141301		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		SAMUEL MACHADO		06		28684		225270	
Dados do Solicitante		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Qt. Solic.	
13 - Código da Operadora		02/07/2020		1		02/07/2020				28 - Qt. Autoriz.	
23876304000112		02/07/2020		1		02/07/2020				28 - Qt. Autoriz.	
15 - Nome do Profissional Solicitante		21 - Caráter do Atendimento		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
SAMUEL MACHADO		1		04		9		1			
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		9365230		04		9		1	
Dados do Contratado Executante		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		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		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		9365230		9365230		06 28684 41 225270		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 02/07/2020 08:14 08:14 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU FREE		2 02/07/2020 08:38 08:38 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)		3 02/07/2020 08:38 08:38 22 40804097 RX - PE OU FODODACTILO		5 - / / / / / 6 - / / / / / 7 - / / / / / 8 - / / / / / 9 - / / / / / 10 - / / / / /		53 - Total de Medicamentos (R\$) 54 - Total de Gases Medicinais (R\$) 55 - Total Geral (R\$)		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
127.78		0.00		0.00		0.00		0.00		127.78	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total do OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
		127.78		0.00		0.00		0.00		0.00	
86 - Assinatura do Responsável pela Autorização		87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		88 - Assinatura do Contratado		89 - Assinatura do Contratado		90 - Assinatura do Contratado		91 - Assinatura do Contratado	

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

2 - Nº Guia no Prestador 6107373

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
8 - Número da Carteira 1141301		9 - Validade da Carteira		10 - Nome DIEGO GONZALES NOBREGA		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 6	
17 - Número no Conselho 28684		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 02/07/2020		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento 10101012		26 - Descrição Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)		27 - Ql. Solic. 0		28 - Ql. Autoriz. 0		29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
31 - Tipo Atendimento		32 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		33 - Tipo de Consulta		34 - Motivo de Encerramento do Atendimento		35 - Código CNES 9365230		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\$)		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 Taxas de Materiais (R\$)	
62 - Total do OPME (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	

CRM-PR 28.634 / ITCR 15.394
SARTEI MACHADO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Impresso por: NBFERLINE
Data/Hora: 02/07/2020 08:14:57
Contato/Lote: 6107373
Atendimento 6107373



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

2 - Nº Guia no Prestador 6107373

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		10 - Nome DIEGO GONZALES NOBREGA		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 1141301		9 - Validade da Carteira		12 - Atendimento a RN N			
Dados do Beneficiário		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 6		17 - Número no Conselho 28684		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 02/07/2020	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 1 22 40804097 2 22 40804089		25 - Código do Procedimento ou Item Anamnese RX - Pe ou pododactilo RX - Articulação tibiotarsica (tornozelo)		26 - Descrição	
27 - Tipo Atendimento		28 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		29 - Tipo de Consulta		30 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
31 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final		32 - Código do Procedimento 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Cidade 43 - Via 44 - Tec.	
45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Cidade 49 - Via 50 - Tec.	
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 Taxas de Material (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		69 - Data/Hora 02/07/2020 08:41:17		70 - Data/Hora 02/07/2020 08:41:17	
71 - Impresso por: NBFERLINE		72 - Convênio: INST ADVENTISTA-AP		73 - Atendimento: 6107373		74 - Contato/Lote: 6107373	

SAMUEL MACHADO
CRM-PR-28.358 / TEOT-15284
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
31 - Código CNES
9365230





Atendimento:	6107373	Pedido:	2161390	Ac. Number:	2697140
Registro / Nome:	DIEGO GONZALES NOBREGA				
Data de Nascimento:	21/08/2001	Idade:	18 anos, 10 meses e 12 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	02/07/2020 08:38:00			Laudado:	13/07/2020
					08:50:52
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - TORNOZELO ESQUERDO (AP / PERFIL)

Não se visualizam sinais de fraturas desviadas.

Espaços articulares preservados.

FILIPÍ GUILHEN PASIN R

CRM- Pr: 35107

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874



Atendimento: 6107373 Pedido: 2161390 Ac. Number: 2697141
Registro / Nome: DIEGO GONZALES NOBREGA
Data de Nascimento: 21/08/2001 Idade: 18 anos, 10 meses e 12 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 02/07/2020 08:38:00 Laudado: 13/07/2020
08:51:55
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - PÉ ESQUERDO (AP / OBLÍQUA)

Fratura oblíqua completa da cabeça do quarto metatarso com extensão para a quarta articulação metatarsofalângica, com desalinhamento dos fragmentos ósseos.

Filipi G. R.

FILIPÍ GUILHEN PASIN R

CRM- Pr: 35107

Oscar A. Fonzar

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 5444224 DATA: 02/07/2020 08:38
USUÁRIO.....: SMACHADO
ATENDIMENTO: 6107373 DT NASC: 21/08/2001 (18A 10M 12D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 503137 - DIEGO GONZALES NOBREGA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/07/2020 08:14 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO:
UNID. INT...: CLINICA ESPECIALIDADES- HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1					
Justificativa.: SEM TALA						
Obs.: VER AGORA						

2 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA)	1					
Justificativa.: L						
Obs.: VER AGORA						

SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

PRESCRIÇÃO.: 5444224 DATA PRESCRIÇÃO: 02/07/2020 08:38
SETOR SOLIC: CLINICA ESPECIALIDADES- HBSM NR CARTEIRA: 1141301
ATENDIMENTO: 6107373 VALIDADE:
PACIENTE...: 503137 - DIEGO GONZALES NOBREGA NASC: 21/08/2001 18A 10M 12D
ORIGEM ATD.: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP SERVIÇO:
PRESTADOR...: 28684 SAMUEL MACHADO LEITO:
ACOMODAÇÃO.:
UNID INTERN: CLINICA ESPECIALIDADES- HBSM
CID.....: USUÁRIO: SMACHADO

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.
3 OU ODODACTIL S	1	 2161390	02/07/2020 08:38		 2697141	32040105 AT

Observação: VER AGORA

Justificativa: SEM TALA

RTICULACA TIBIO- ARSICA	1	 2161390	02/07/2020 08:38		 2697140	32040091 AT
-------------------------------	---	--	---------------------	--	---	----------------

Observação: VER AGORA

Justificativa: L



SAMUEL MACHADO
CRM-PR : 28684

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6107373 Prontuário: 503137 SAME: 503137 Hora Atend: 08:14 Data Atend:02/07/2020
Paciente..... : DIEGO GONZALES NOBREGA Idade: 18 a
Endereço..... : LEVA PAICANDU LOTE
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP Plano...: COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal..... : S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 02/07/2020 Hora Saída : 09:13

Prestador da Evolução Médica: 4031 SAMUEL MACHADO

HDA

4 DIAS DE ENTORSE DE TNZ ESQUERDO NAO TEVE ATENDIMENTO
EDEMA E HEMATOMA
ORIENTAÇÕES USO DE ROBO FOOT
SOL RX COM FRATURA DE 4 METATARSO
DEIXO ATESTADO

Samuel Machado

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.634 // TEOT 15234

SAMUEL MACHADO / 28684
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Diego Gonzales Nóbrega
Nº da Carteirinha: 11.4.1301
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 21/08/2001

Nº da Guia: 2150

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/06/2020	21:15:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Pé Esquerdo, 4º Dedo Pé Esquerdo

Descrição
O aluno interno estava jogando voley em uma roda de amigos, ao saltar para dar um corte na bola, perdeu o equilíbrio e caiu de ponta de pé, virando os dedos do mesmo pé. Apresentando edema em pé esquerdo, dor e hematoma.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Junior	(44) 03236-8282
Alisson Ubajara	(44) 99986-4492

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

Observações
Foi realizado tratamento natural por 3 dias e observado, no próprio estabelecimento. Encaminhado ao hospital no 4º dia devido a dor local. Transporte com o tio que mora m Maringá.

Ass.:

Sueli R. P. Governo

Sueli Governo
Sueli Rosiney Pereira Governo
ENFERMEIRA
COREN 53552

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
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br