

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

2 - Nº Guia no Prestador 7018114000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                     |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                                                 |  | 13 - Número da Guia Principal                                                                                                       |  |
| 4 - Data de Autenticação<br>12/04/2022                                                                                                                                                                     |  | 8 - Data de Validade da Guia<br>5148003                                                                                             |  |
| 5 - Sanha                                                                                                                                                                                                  |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>5148003                                                                              |  |
| 10 - Nome<br>SAMUEL HENRIQUE DA SILVA SPIER                                                                                                                                                                |  | 11 - Número da Cartão Nacional de Saúde                                                                                             |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                     |  |
| 13 - Código da Operadora<br>23876304000112                                                                                                                                                                 |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A                                                                   |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA                                                                                                                                  |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                                                                                    |  |
| 17 - Número no Conselho<br>33783                                                                                                                                                                           |  | 18 - UF<br>41                                                                                                                       |  |
| 19 - Código CBO                                                                                                                                                                                            |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                                                         |  |
| 21 - Caráter do Atendimento<br>1                                                                                                                                                                           |  | 22 - Data de Solicitação<br>12/04/2022                                                                                              |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                                                                                                                                     |  | 24 - Tabula                                                                                                                         |  |
| 25 - Código do Procedimento<br>na Item Assistencial                                                                                                                                                        |  | 26 - Descrição                                                                                                                      |  |
| 27 - Cl. Solic.                                                                                                                                                                                            |  | 28 - Cl. Autoriz.                                                                                                                   |  |
| 29 - Cl. Encarregado Exatante                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                     |  |
| 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A                                                                                                                                          |  | 31 - Código ONES<br>9365230                                                                                                         |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                                                                                                                                |  | 33 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                                                          |  |
| 34 - Tipo de Consulta<br>2                                                                                                                                                                                 |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                                                          |  |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabula 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>1 12/04/2022 07:08 07:08 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO<br>2 12/04/2022 07:41 07:41 40803104 RX - ANTEBRACO |  | 42 - Qtda. 43 - Via 44 - Tcc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 100.00 100.00<br>001 1.0 35.64 35.64 |  |
| 48 - Sg. Ref. 49 - Gp. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional<br>1 12 23876304000112 RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA                                                                    |  | 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO<br>06 33783 41 225125                                            |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                           |  | 58 - Observação / Justificativa                                                                                                     |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>135.64                                                                                                                                                                |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                                                        |  |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                                                                                                                                      |  | 62 - Total de OPM (R\$)<br>0.00                                                                                                     |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                                                                                                                   |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                                                        |  |
| 65 - Total Geral (R\$)<br>135.64                                                                                                                                                                           |  | 66 - Assinatura do Contratado                                                                                                       |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                                                                             |  | 68 - Assinatura do Contratado                                                                                                       |  |

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

2 - Nº Guia no Prestador 7018114000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                           |  |                                                                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                |  | 3 - Número da Guia Principal                                                                                                            |  |
| 4 - Data da Autorização<br>12/04/2022                                                                     |  | 5 - Senha<br>5148003                                                                                                                    |  |
| 6 - Data de Validade da Senha<br>5148003                                                                  |  |                                                                                                                                         |  |
| 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br>5148003                                                    |  |                                                                                                                                         |  |
| 8 - Número da Carteira<br>4315807                                                                         |  | 10 - Nome<br>SAMUEL HENRIQUE DA SILVA SPIER                                                                                             |  |
| 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2022                                                                    |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>N                                                                                            |  |
| 12 - Nome do Contratado<br>RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA                                               |  | 13 - Nome do Profissional Solicitante<br>RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA                                                               |  |
| 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A                                         |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA                                                               |  |
| 16 - Conselho Profissional<br>06                                                                          |  | 17 - Número no Conselho<br>33783                                                                                                        |  |
| 18 - UF<br>41                                                                                             |  | 19 - Código CBO<br>41                                                                                                                   |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                               |  | 21 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                                                             |  |
| 22 - Data da Solicitação<br>12/04/2022                                                                    |  | 23 - Indicação Clínica                                                                                                                  |  |
| 24 - Tabela<br>25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                                        |  | 26 - Descrição                                                                                                                          |  |
| 27 - CI Solu.                                                                                             |  | 28 - CI Autoriz.                                                                                                                        |  |
| 29 - Código da Operadora<br>23876304000112                                                                |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A                                                                       |  |
| 31 - Código CNES<br>9365230                                                                               |  | 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                                                             |  |
| 33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada<br>9                                                     |  | 34 - Tipo de Consulta<br>2                                                                                                              |  |
| 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                                |  | 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>1 12/04/2022 07:41 22 40803104 RX - ANTEBRACO |  |
| 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tão. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 35.64 35.64 |  | 48 - Sg. 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 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável          |  | 58 - Observação / Justificativa                                                                                                         |  |
| 60 - Total de Procedimentos (R\$)<br>35.64                                                                |  | 61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                                                            |  |
| 62 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                  |  | 63 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                                                        |  |
| 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                              |  | 65 - Total Geral (R\$)<br>35.64                                                                                                         |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                           |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                          |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                             |  | 69 - Assinatura do Contratado                                                                                                           |  |

# AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Assinatura Responsável  
atend



Aluno: Samuel Henrique da Silva Spier  
Nº da Carteira: 4.31.5807

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 08/04/2017 Nº da Guia: 5148.003

| Data do Retorno | Horário  | Local                      | Atividade         |
|-----------------|----------|----------------------------|-------------------|
| 08/03/2022      | 16:30:00 | Playground (Ex: parquinho) | Momento Recreação |

O que aconteceu

Queda de mesmo nível

Descrição

estava em momento de recreação

Testemunha da ocorrência

Sandra

Quem prestou primeiros socorros

Sandra

Data  
08/03/2022

| Local de atendimento                     | Endereço          | Nº | Bairro  | Telefone       |
|------------------------------------------|-------------------|----|---------|----------------|
| Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá | Av. Independência | 93 | Zona 04 | (44) 3220-6000 |

Motivo do Retorno

Solicitação Médica

Ass.:

Anselmo Silva Santos

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 5148003

Folha: 1 / 1

|                                                                                                   |  |                                                                                  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                        |  | 3 - Nr. Guia Principal                                                           |  |
| 4 - Data de Autorização                                                                           |  | 5 - Senha                                                                        |  |
| 6 - Data Validade da Senha                                                                        |  | 7 - Número de Guia Atribuído pelo Operadora                                      |  |
| 8 - Número da Carteira<br>4315807                                                                 |  | 9 - Validade da Carteira                                                         |  |
| 10 - Nome<br>SAMUEL HENRIQUE DA SILVA SPIER                                                       |  | 11 - Número do Cartão Nacional do Saúde                                          |  |
| 12 - Atendimento a RN<br>N                                                                        |  |                                                                                  |  |
| 13 - Código da Operadora<br>23876304000112                                                        |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A                |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA                         |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                                 |  |
| 17 - Número no Conselho<br>33783                                                                  |  | 18 - UF<br>41                                                                    |  |
| 19 - Código CBO                                                                                   |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                      |  |
| 21 - Caracter do Atendimento<br>1                                                                 |  | 22 - Data de Solicitação<br>12/04/2022                                           |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                            |  |                                                                                  |  |
| 24 - Tabala<br>1                                                                                  |  | 25 - Código do Procedimento<br>10101039                                          |  |
| 26 - Descrição<br>Consulta em pronto socorro                                                      |  | 27 - Qi Solic.<br>1                                                              |  |
| 28 - Qi Autoriz.<br>0                                                                             |  |                                                                                  |  |
| 29 - Tipo Atendimento<br>33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada                         |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A                |  |
| 31 - Código CNES<br>9365230                                                                       |  |                                                                                  |  |
| 32 - Data<br>33 - Hr.Inicial 38 - Hr.Final 39 - Tabala 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição |  | 34 - Tipo de Consulta<br>35 - Motivo de Encerramento do Atendimento              |  |
| 36 - Data<br>37 - Hr.Inicial 38 - Hr.Final 39 - Tabala 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição |  | 39 - Tabala 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição                           |  |
| 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tdc. 45 - % Rad / Acrec. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$) |  | 48 - Seq.Fol. 49 - Gr.Pat 50 - Código na operadora/CNP 51 - Nome do Profissional |  |
| 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO                        |  |                                                                                  |  |
| 55 - Data de Realização da Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   |  |                                                                                  |  |
| 56 - Data de Realização da 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 Medicamentos (R\$)                                                                  |  | 62 - Total de CPME (R\$)                                                         |  |
| 63 - Total de Materiais (R\$)                                                                     |  | 64 - Total Gases Médicos (R\$)                                                   |  |
| 65 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                   |  | 66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                   |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                    |  | 68 - Assinatura do Contratado                                                    |  |
| 69 - Total Geral (R\$)                                                                            |  |                                                                                  |  |

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 7018114    Prontuário: 552902    SAME: 552902    Hora Atend: 07:08    Data Atend:12/04/2022  
Paciente.....: SAMUEL HENRIQUE DA SILVA SPIER    Idade: 5 a  
Endereço.....: RUA PARIS  
Bairro.....: JARDIM EUROPA  
Cidade.....: SARANDI  
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
CID Principal.....: S522 - FRATURA DA DIAFISE DO CUBITO [ULNA]  
CID's Secundários.:  
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA    Data Saída.....: 12/04/2022  
Hora Saída : 08:09

Prestador da Evolução Médica: 5832    RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA

**EVOLUCAO**  
**SAMUEL**

MÃE - JOSELI

08/03/22 - FRATURA DE ULNA ESQ

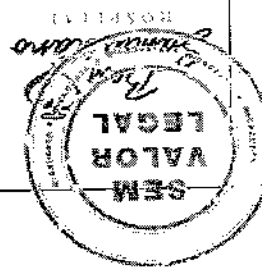
EF:

SEM QUEIXAS

RX - CONSOLIDADO

CD:

ALTA MEDICA



|                     |                                          |         |                        |             |         |
|---------------------|------------------------------------------|---------|------------------------|-------------|---------|
| Atendimento:        | 7018114                                  | Pedido: | 2487584                | Ac. Number: | 3106325 |
| Registro / Nome:    | SAMUEL HENRIQUE DA SILVA SPIER           |         |                        |             |         |
| Data de Nascimento: | 08/04/2017                               | Idade:  | 5 anos, 0 mês e 4 dias |             |         |
|                     | 00:00:00                                 |         |                        |             |         |
| Pedido do Exame:    | 12/04/2022 07:41:00                      |         |                        |             |         |
| Convenio:           | CLINICA ADVENTISTA - CLAC                |         |                        |             |         |
| Médico Solicitante: | PLANTAO RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA |         |                        |             |         |
|                     | Laudado: 19/04/2022 09:55:10             |         |                        |             |         |

**RX - ANTEBRAÇO ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)**

Traco de fratura horizontal incompleta em terço médio diafisário da ulna esquerda, sem comunicação óssea e sem grande desvio das estruturas.

YAN FURQUIM DEJERI  
CRM-48600

ATSAR MOHAMMAD JABER  
CRM-PR: 30939