

2 - Nº Guia no Prestador 7906910000000

Folha: 1 / 1

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

2 - Nº Guia no Prestador 79069100000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Sernte		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Sernte		9 - Validade da Carteira 31/12/2023		89 - Nome Social			
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 4316014		10 - Nome ALICE SILVA CAMACHO		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		16 - Conselho Profissional 06	
13 - Código da Operadora 23876304000112		13 - Profissional Solicitante RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA		22 - Data da Solicitação 10/08/2023		23 - Indicação Clínica		27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caracter do Atendimento 1		25 - Código do Procedimento 1		26 - Descrição 24 - Tabela ou Item Assistencial		31 - Código CNES 9365230	
5 - 6 - Profissional Solicitante		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 01		92 - Saúde Ocupacional	
29 - Código na Operadora 23876304000112		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		32 - Tipo Atendimento 04		40 - Procedimento CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qlde. 001	
Dados do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 1 10/08/2023 13:18 22		39 - Tabela 10101039		41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 1.0 100.00	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		50 - Cód na operadora/CPF 23876304000112		51 - Nome do Profissional RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA		52 - Conselho Prof 06		53 - Número no Conselho 33783	
48 - Sq. Ref. 12		49 - Gr. Part 1		54 - UF 41		55 - Código CBO 225270		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 -		2 -		3 -		4 -		5 -	
58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 100.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 100.00	

45N6551



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

2 - Nº Guia no Prestador 7906910

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

3 - Nr. Guia Principal

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

4316014

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ALICE SILVA CAMACHO

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

RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA

16 - Conselho Profissional

33783

17 - Número no Conselho

41

18 - UF

225270

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

10/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Procedimental 26 - Descrição
1 22 10101012 Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

1

0

Ricardo P. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 33783

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 (incidente 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 - 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

64 - Código CBO

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

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 -

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 7906910

Folha: 1 / 1

1 - Região / ZNS
000000

3 - Nº Guia Principal
6 - Data Validade da Sentença

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

7 - Número da Guia Arbitrado pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ALICE SILVA CAMACHO

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

RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA

16 - Conselho Profissional

33783

17 - Número no Conselho

41

18 - UF

PR

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Ricardo P. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 33783

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caudex do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

10/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

18

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

60034025

26 - Descrição

TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO PEQUENO

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

1

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 - Tec.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref

49 - G. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - 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 de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicionais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

7906910



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

2-Nº Guia do Prestador

1-Registro ANS	348180
3-Nº da Guia Principal	
4-Data de Autorização	
5-Senha	
6-Data de Validade ou Semio	

Dados do Beneficiário	8- N° da Carteira	9-Validade da Carteira	10-Nome	11-Cartão Nacional de Saúde	12-Atendimento de RN
			Alícia Conceição		Atendimento de RN RM/PR 3795

Dados do Contratado Solicitante			
13-Código na Operadora	14-Nome do Contratado		
		18-LUF	19-Código CBO
20-Assinatura do Profissional Solicitante			

Dados da Solicitação Procedimentos e Exames Solicitados		
21- Caráter de Atendimento	22-Data da Solicitação	23-Indicação Clínica
37-Ord Solic 38-Ord E		

34- Tabela	35- Código do Procedimento	36- Descrição
1		2x Neo 41x Neo
2		5x Neo
3		5x Neo
4		5x Neo
5		5x Neo

Dados do Contratante Executante	
29-Código na Operadora	30-Nome do Contratado
	31-Código CNES

Dados do Atendimento	
32-Tipo de Atendimento	
33-Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34-Tipo de Consulta	
35-Motivo de Encerramento do Atendimento	

[illegible]

790691x

1- Registro ANS 348180 3- N° da Guia Principal 4- Data da Autorização 5- Senha 6- Data de Validade da Senha 7- N° da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário 8- N° da Carteira 9- Validade da Carteira 10- Nome 11- Cartão Nacional de Saúde 12- Atendimento de RN

Dados do Contratado Solicitante 13- Código na Operadora 14- Nome do Contratado 15- Nome do Profissional Solicitante 16- Conselho Profissional 17- N° do Conselho 18- UF 19- Código CBO 20- Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação | Procedimentos e Exames Solicitados 21- Caracter de Atendimento 22- Data da Solicitação 23- Indicação Clínica 37- Qtd. Solic. 38- Qtd. At.

34- Tabela 35- Código do Procedimento 36- Descrição 39- Hora Inicial 38- Hora Final 40- Código do Procedimento 41- Descrição 42- Orde. 43- Via 44- Tec. 45- Fator Red / Acresc. 46- Valor Unitário-R\$ 47- Valor Total-R\$

Dados do Contratante Executante 29- Código na Operadora 30- Nome do Contratado 31- Código CNES

Dados do Atendimento 32- Tipo de Atendimento 33- Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 34- Tipo de Consulta 35- Motivo de Encerramento do Atendimento

Procedimentos e Exames Realizados 36- Data 37- Hora Inicial 38- Hora Final 39- Tabela 40- Código do Procedimento 41- Descrição 42- Orde. 43- Via 44- Tec. 45- Fator Red / Acresc. 46- Valor Unitário-R\$ 47- Valor Total-R\$

Identificação do(s) Profissional(s) Executante(s) 48- Seg. Ref. 49- Grau Part. 50- Código da Operadora | CPF 51- Nome do Profissional 52- Conselho Profissional 53- N° do Conselho 54- UF 55- Código CBO

56- Data de Realização de Procedimentos em Série 57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58- Observação | Justificação

59- Total Procedimento R\$ 60- Total Taxas e Autôgrafos R\$ 61- Total Materiais R\$ 62- Total Opere R\$ 63- Total Materiais R\$ 64- Total Gastos Médicos R\$ 65- Total Gastos R\$ 66- Assinatura do Responsável pela Autorização 67- Assinatura do Profissional Responsável 68- Assinatura do Contratado

58153 R\$ 0,00
Assinatura do Profissional
Dr. P. Rocha

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Alice Silva Camacho
Nº da Carteirinha: 4.31.6014
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 25/03/2016

Nº da Guia: 12550.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/08/2023	13:04:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna torceu o dedo jogando na educação física defendendo uma bola no jogo.

Testemunha da ocorrência

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Telefone

(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Data

03/08/2023

Local de atendimento

HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá

Endereço

Av. Independência

Nº

93

Bairro

Zona 04

Telefone

(44) 3032-1818
(44) 3220-6166

Motivo do Retorno

Solicitação médica.

Ass.: _____

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

PRESCRIÇÃO MÉDICA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES

NC: 7906910

DATA: 10/08/23

PACIENTE: Glucy Silva Camacho

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

MÉDICO: Ricardo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

Obs: Esta prescrição deve conter carimbo e assinatura do médico



Atendimento:	7906910	Pedido:	2801952	Ac. Number:	3504417
Registro / Nome:	ALICE SILVA CAMACHO				
Data de Nascimento:	25/03/2016	Idade:	7 anos, 4 meses e 15 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	10/08/2023 13:54:00			Laudado:	11/08/2023 15:10:46
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA				

RX - MÃO ESQUERDA (02 INCIDENCIAS)

Fratura da falange proximal do 5° quirodactilo, sem desvios.

R JULIANA POLLA REINHEIMER

CRM- 52347

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939