

2 - Nº Guia no Prestador 8087668000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal			6 - Data de Validade da Sentença			7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
4 - Data de Autorização 15/12/2023	5 - Sentença	14751				14751			
Dados do Beneficiário									
8 - Número da Carteira 11412701	9 - Validade da Carteira 01/01/2026	89 - Nome Social							
10 - Nome AMANDA LANDIM DA SILVA									
Dados do Solicitante									
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A								
15 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL SALEM VEDOVELLO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 46406	18 - UF 41	19 - Código CBO 225225	20 - Assinatura do Profissional Solicitante				
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados									
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 15/12/2023	23 - Indicação Clínica							
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição							
		27 - Cl. Solic.	28 - Cl. Autoriz.						
			31 - Código CNES 9365230						

União do Voluntário Etc - Data:		30 - Nome do Contratado	
29 - Código na Operadora		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
23876304000112			
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento	
04		9	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
		1	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		91 - Regime de Atendimento	
04			
92 - Saúde Ocupacional			
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		42-Qrde- 43-Via 44-Téc- 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total	
36-Data 37-Hr-Inicial 38-Hr-Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição			
1 23/11/2023 11:50 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		001 1.0 100.00 100.00	
2 23/11/2023 11:51 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)		001 1.0 35.64 35.64	
3 23/11/2023 11:51 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO		001 1.0 35.64 35.64	
4 23/11/2023 12:45 22 30728134 LESOES LIGAMENTARES AGUAS AO NIVEL DO TORNOZELO -		001 1.0 92.00 92.00	
Identificação do(s) Profissional(is) Exercente(s)		52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO	
48-Sq_ Ref. 49-Gr_Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional			
1 12 23876304000112 PLANTAO VITOR HUGO DUARTE		06 34438 41 225270	
4 12 23876304000112 PLANTAO VITOR HUGO DUARTE		06 34438 41 225270	
56- Data de Realização de Procedimentos em Série 57- Assinatura do Beneficiário ou Responsável		7- _/_/_/_ 9- _/_/_/_	
1- _/_/_/_ 3- _/_/_/_ 6- _/_/_/_ 8- _/_/_/_ 10- _/_/_/_			
2- _/_/_/_ 4- _/_/_/_ 5- _/_/_/_ 7- _/_/_/_ 9- _/_/_/_			
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 OPME (R\$) 0.00	
63- Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64- Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65- Total Geral (R\$) 263.28			
66- Assinatura do Responsável pela Autorização		67- Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68- Assinatura do Contratado			
Impresso por: FDPAULA		Data/Hora: 15/12/2023 16:31:12 ContatoLte: 4506593 Atendimento: 8087668	
ConveniênciaCLINICA ADVENTISTA - CLAC			
45N65Q3			



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

2 - Nº Guia no Prestador 14751

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

AMANDA LANDIM DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

11412701

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

RAFAEL SALEM VEDOVETTO

16 - Conselho Profissional

46406

17 - UF

41

18 - Código CBO

225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Realizados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt Solic

1

28 - Qt Autoriz

0

Dados do Contrato Exatante

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encaminhamento 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 - Qtda

43 - Via

44 - Tec

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(is) Solicitante(s)

48 - Sesi Rel

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 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPM (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 Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Contratado

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Contratado

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Contratado

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Contratado

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Contratado

112 - Assinatura do Contratado

113 - Assinatura do Contratado

114 - Assinatura do Contratado

115 - Assinatura do Contratado

116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Contratado

118 - Assinatura do Contratado

119 - Assinatura do Contratado

120 - Assinatura do Contratado

121 - Assinatura do Contratado

122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Contratado

124 - Assinatura do Contratado

125 - Assinatura do Contratado

126 - Assinatura do Contratado

127 - Assinatura do Contratado

128 - Assinatura do Contratado

129 - Assinatura do Contratado

130 - Assinatura do Contratado

131 - Assinatura do Contratado

132 - Assinatura do Contratado

133 - Assinatura do Contratado

134 - Assinatura do Contratado

135 - Assinatura do Contratado

136 - Assinatura do Contratado

137 - Assinatura do Contratado

138 - Assinatura do Contratado

139 - Assinatura do Contratado

140 - Assinatura do Contratado

141 - Assinatura do Contratado

142 - Assinatura do Contratado

143 - Assinatura do Contratado

144 - Assinatura do Contratado

145 - Assinatura do Contratado

146 - Assinatura do Contratado

147 - Assinatura do Contratado

148 - Assinatura do Contratado

149 - Assinatura do Contratado

150 - Assinatura do Contratado

151 - Assinatura do Contratado

152 - Assinatura do Contratado

153 - Assinatura do Contratado

154 - Assinatura do Contratado

155 - Assinatura do Contratado

156 - Assinatura do Contratado

157 - Assinatura do Contratado

158 - Assinatura do Contratado

159 - Assinatura do Contratado

160 - Assinatura do Contratado

161 - Assinatura do Contratado

162 - Assinatura do Contratado

163 - Assinatura do Contratado

164 - Assinatura do Contratado

165 - Assinatura do Contratado

166 - Assinatura do Contratado

167 - Assinatura do Contratado

168 - Assinatura do Contratado

169 - Assinatura do Contratado

170 - Assinatura do Contratado

171 - Assinatura do Contratado

172 - Assinatura do Contratado

173 - Assinatura do Contratado

174 - Assinatura do Contratado

175 - Assinatura do Contratado

176 - Assinatura do Contratado

177 - Assinatura do Contratado

178 - Assinatura do Contratado

179 - Assinatura do Contratado

180 - Assinatura do Contratado

181 - Assinatura do Contratado

182 - Assinatura do Contratado

183 - Assinatura do Contratado

184 - Assinatura do Contratado

185 - Assinatura do Contratado

186 - Assinatura do Contratado

187 - Assinatura do Contratado

188 - Assinatura do Contratado

189 - Assinatura do Contratado

190 - Assinatura do Contratado

191 - Assinatura do Contratado

192 - Assinatura do Contratado

193 - Assinatura do Contratado

194 - Assinatura do Contratado

195 - Assinatura do Contratado

196 - Assinatura do Contratado

197 - Assinatura do Contratado

198 - Assinatura do Contratado

199 - Assinatura do Contratado

200 - Assinatura do Contratado

201 - Assinatura do Contratado

202 - Assinatura do Contratado

203 - Assinatura do Contratado

204 - Assinatura do Contratado

205 - Assinatura do Contratado

206 - Assinatura do Contratado

207 - Assinatura do Contratado

208 - Assinatura do Contratado

209 - Assinatura do Contratado

210 - Assinatura do Contratado

211 - Assinatura do Contratado

212 - Assinatura do Contratado

213 - Assinatura do Contratado

214 - Assinatura do Contratado

215 - Assinatura do Contratado

216 - Assinatura do Contratado

217 - Assinatura do Contratado

218 - Assinatura do Contratado

219 - Assinatura do Contratado

220 - Assinatura do Contratado

221 - Assinatura do Contratado

222 - Assinatura do Contratado

223 - Assinatura do Contratado

224 - Assinatura do Contratado

225 - Assinatura do Contratado

226 - Assinatura do Contratado

227 - Assinatura do Contratado

228 - Assinatura do Contratado

229 - Assinatura do Contratado

230 - Assinatura do Contratado

231 - Assinatura do Contratado

232 - Assinatura do Contratado

233 - Assinatura do Contratado

234 - Assinatura do Contratado

235 - Assinatura do Contratado

236 - Assinatura do Contratado

237 - Assinatura do Contratado

238 - Assinatura do Contratado

239 - Assinatura do Contratado

240 - Assinatura do Contratado

241 - Assinatura do Contratado

242 - Assinatura do Contratado

243 - Assinatura do Contratado

244 - Assinatura do Contratado

245 - Assinatura do Contratado

246 - Assinatura do Contratado

247 - Assinatura do Contratado

248 - Assinatura do Contratado

249 - Assinatura do Contratado

250 - Assinatura do Contratado

251 - Assinatura do Contratado

252 - Assinatura do Contratado

253 - Assinatura do Contratado

254 - Assinatura do Contratado

255 - Assinatura do Contratado

256 - Assinatura do Contratado

257 - Assinatura do Contratado

258 - Assinatura do Contratado

259 - Assinatura do Contratado

260 - Assinatura do Contratado

261 - Assinatura do Contratado

262 - Assinatura do Contratado

263 - Assinatura do Contratado

264 - Assinatura do Contratado

265 - Assinatura do Contratado

266 - Assinatura do Contratado

267 - Assinatura do Contratado

268 - Assinatura do Contratado

269 - Assinatura do Contratado

270 - Assinatura do Contratado

271 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 14751

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

5 - Seria

6 - Data Validade da Seria

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

4 - Data de Autorização

5 - Seria

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

8 - Numero da Carteira

11412701

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

13 - Código da Operadora

23876304000112

16 - Conselho Profissional

46406

18 - UF

41 225225

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante

RAFAEL SATEM VEDOVETTO

6

23 - Indicação Clínica

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

24/11/2023

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

29 - Ql. Solic.

30 - Ql. Autoriz.

31 - Ql. Solic.

32 - Ql. Autoriz.

33 - Ql. Solic.

34 - Ql. Autoriz.

35 - Ql. Solic.

36 - Ql. Autoriz.

1 22 40804097

2 22 40804089

3 22 30728134

4 22 30728134

5 22 30728134

6 22 30728134

7 22 30728134

8 22 30728134

9 22 30728134

10 22 30728134

11 22 30728134

12 22 30728134

13 22 30728134

14 22 30728134

15 22 30728134

16 22 30728134

17 22 30728134

18 22 30728134

Dados do Contratado Específico

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (ocorrência 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 - Tdc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Dados da 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 - Tdc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(es) Específic(o)s

48 - Seq. Rel

49 - Gr. Part

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 Anuidades (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 Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Assinatura do Responsável pela Autorização

61 - Assinatura do Responsável pela Autorização

62 - Assinatura do Responsável pela Autorização

63 - Assinatura do Responsável pela Autorização

64 - Assinatura do Responsável pela Autorização

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

77 - Assinatura do Responsável pela Autorização

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização

79 - Assinatura do Responsável pela Autorização

80 - Assinatura do Responsável pela Autorização

81 - Assinatura do Responsável pela Autorização

82 - Assinatura do Responsável pela Autorização

83 - Assinatura do Responsável pela Autorização

84 - Assinatura do Responsável pela Autorização

85 - Assinatura do Responsável pela Autorização

86 - Assinatura do Responsável pela Autorização

87 - Assinatura do Responsável pela Autorização

88 - Assinatura do Responsável pela Autorização

89 - Assinatura do Responsável pela Autorização

90 - Assinatura do Responsável pela Autorização

91 - Assinatura do Responsável pela Autorização

92 - Assinatura do Responsável pela Autorização

93 - Assinatura do Responsável pela Autorização

94 - Assinatura do Responsável pela Autorização

95 - Assinatura do Responsável pela Autorização

96 - Assinatura do Responsável pela Autorização

97 - Assinatura do Responsável pela Autorização

98 - Assinatura do Responsável pela Autorização

99 - Assinatura do Responsável pela Autorização

100 - Assinatura do Responsável pela Autorização

101 - Assinatura do Responsável pela Autorização

102 - Assinatura do Responsável pela Autorização

103 - Assinatura do Responsável pela Autorização

104 - Assinatura do Responsável pela Autorização

105 - Assinatura do Responsável pela Autorização

106 - Assinatura do Responsável pela Autorização

107 - Assinatura do Responsável pela Autorização

108 - Assinatura do Responsável pela Autorização

109 - Assinatura do Responsável pela Autorização

110 - Assinatura do Responsável pela Autorização

111 - Assinatura do Responsável pela Autorização

112 - Assinatura do Responsável pela Autorização

113 - Assinatura do Responsável pela Autorização

114 - Assinatura do Responsável pela Autorização

115 - Assinatura do Responsável pela Autorização

116 - Assinatura do Responsável pela Autorização

117 - Assinatura do Responsável pela Autorização

118 - Assinatura do Responsável pela Autorização

119 - Assinatura do Responsável pela Autorização

120 - Assinatura do Responsável pela Autorização

121 - Assinatura do Responsável pela Autorização

122 - Assinatura do Responsável pela Autorização

123 - Assinatura do Responsável pela Autorização

124 - Assinatura do Responsável pela Autorização

125 - Assinatura do Responsável pela Autorização

126 - Assinatura do Responsável pela Autorização

127 - Assinatura do Responsável pela Autorização

128 - Assinatura do Responsável pela Autorização

129 - Assinatura do Responsável pela Autorização

130 - Assinatura do Responsável pela Autorização

131 - Assinatura do Responsável pela Autorização

132 - Assinatura do Responsável pela Autorização

133 - Assinatura do Responsável pela Autorização

134 - Assinatura do Responsável pela Autorização

135 - Assinatura do Responsável pela Autorização

136 - Assinatura do Responsável pela Autorização

137 - Assinatura do Responsável pela Autorização

138 - Assinatura do Responsável pela Autorização

139 - Assinatura do Responsável pela Autorização

140 - Assinatura do Responsável pela Autorização

141 - Assinatura do Responsável pela Autorização

142 - Assinatura do Responsável pela Autorização

143 - Assinatura do Responsável pela Autorização

144 - Assinatura do Responsável pela Autorização

145 - Assinatura do Responsável pela Autorização

146 - Assinatura do Responsável pela Autorização

147 - Assinatura do Responsável pela Autorização

148 - Assinatura do Responsável pela Autorização

149 - Assinatura do Responsável pela Autorização

150 - Assinatura do Responsável pela Autorização

151 - Assinatura do Responsável pela Autorização

152 - Assinatura do Responsável pela Autorização

153 - Assinatura do Responsável pela Autorização

154 - Assinatura do Responsável pela Autorização

155 - Assinatura do Responsável pela Autorização

156 - Assinatura do Responsável pela Autorização

157 - Assinatura do Responsável pela Autorização

158 - Assinatura do Responsável pela Autorização

159 - Assinatura do Responsável pela Autorização

160 - Assinatura do Responsável pela Autorização

161 - Assinatura do Responsável pela Autorização

162 - Assinatura do Responsável pela Autorização

163 - Assinatura do Responsável pela Autorização

164 - Assinatura do Responsável pela Autorização

165 - Assinatura do Responsável pela Autorização

166 - Assinatura do Responsável pela Autorização

167 - Assinatura do Responsável pela Autorização

168 - Assinatura do Responsável pela Autorização

169 - Assinatura do Responsável pela Autorização

170 - Assinatura do Responsável pela Autorização

171 - Assinatura do Responsável pela Autorização

172 - Assinatura do Responsável pela Autorização

173 - Assinatura do Responsável pela Autorização

174 - Assinatura do Responsável pela Autorização

175 - Assinatura do Responsável pela Autorização

176 - Assinatura do Responsável pela Autorização

177 - Assinatura do Responsável pela Autorização

178 - Assinatura do Responsável pela Autorização

179 - Assinatura do Responsável pela Autorização

180 - Assinatura do Responsável pela Autorização

181 - Assinatura do Responsável pela Autorização

182 - Assinatura do Responsável pela Autorização

183 - Assinatura do Responsável pela Autorização

184 - Assinatura do Responsável pela Autorização

185 - Assinatura do Responsável pela Autorização

186 - Assinatura do Responsável pela Autorização

187 - Assinatura do Responsável pela Autorização

188 - Assinatura do Responsável pela Autorização

189 - Assinatura do Responsável pela Autorização

190 - Assinatura do Responsável pela Autorização

191 - Assinatura do Responsável pela Autorização

192 - Assinatura do Responsável pela Autorização

193 - Assinatura do Responsável pela Autorização

194 - Assinatura do Responsável pela Autorização

195 - Assinatura do Responsável pela Autorização

196 - Assinatura do Responsável pela Autorização

197 - Assinatura do Responsável pela Autorização

198 - Assinatura do Responsável pela Autorização

199 - Assinatura do Responsável pela Autorização

200 - Assinatura do Responsável pela Autorização

201 - Assinatura do Responsável pela Autorização

202 - Assinatura do Responsável pela Autorização

203 - Assinatura do Responsável pela Autorização

204 - Assinatura do Responsável pela Autorização

205 - Assinatura do Responsável pela Autorização

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

61



Aluno: Amanda Landim da Silva
Nº da Carteirinha: 11.4.12701
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 29/03/2005

Nº da Guia: 14751

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/11/2023	22:00:00	Rampa perto da biblioteca	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluna relata que estava voltando da faculdade, pisou na grama e o pé virou, caindo no chão. Relata que após sentiu uma dor intensa e dificuldade para deambular.

Testemunha da ocorrência

Kamily

Telefone

(41) 99676-0022

Quem prestou primeiros socorros

Maricleia Zenir

Data

23/11/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Observações

Apresenta dor intensa, discreto edema no tornozelo Esquerdo e dificuldade para deambular. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.: Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Joserlania Ramos Pazette Fagundes

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



podemos a 28/11/2023 não e encaminhar fora do prazo?

Lucas Fontana Purpur - 27/10/2023

15:28 ✓✓

Sim 15:56



HOJE

Boa Tarde, Tudo bem?

Poderia me auxiliar novamente estamos com uma conta que passou apenas alguns dias do prazo de envio, poderíamos encaminhar na próxima remessa ?

Amanda Landim da Silva - 23/11/2023

16:41 ✓✓

Você

Boa Tarde, Tudo bem?

Poderia me auxiliar novamente estamos com uma conta que passou apenas alguns ...

Pode sim.

16:42



| Digite uma mensagem



Atendimento:	8087668	Pedido:	2866755	Ac. Number:	3588870
Registro / Nome:	AMANDA LANDIM DA SILVA				
Data de Nascimento:	29/03/2005	Idade:	18 anos, 7 meses e 23 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	23/11/2023 11:51:00			Laudado:	01/12/2023 11:40:55
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	VITOR HUGO DUARTE				

RX - PÉ ESQUERDO (AP / OBLIQUO)

Estruturas ósseas de aspecto preservado.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem alterações.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 7966598 DATA: 23/11/2023 11:50
USUÁRIO....: PVH DUARTE
ATENDIMENTO: 8087668 DT NASC: 29/03/2005 (18A 7M 26D)
CONVÊNIO....: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 619262 - AMANDA LANDIM DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/11/2023 11:10 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL SALEM VEDOVELLO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE VEM EM CONSULTA COM DOR EM TORNOZELO ESQUERDO APÓS ENTORSE EM ESCOLA HÁ 2 HORAS

EFO
PELE INTEGRAL
EDEMA 2+/4+
SEM EQUIMISO, HEMATOMA
DOR A PALPAÇÃO EM MALEOLO LATERAL
ADM LIMITADA A DOR

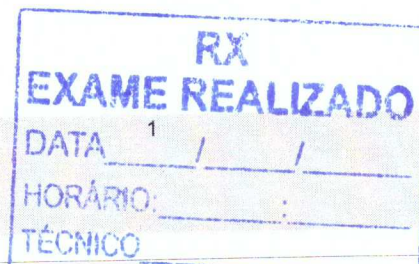
PT
RX
REAVALIO

8087668

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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



VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO VITOR HUGO DUARTE
CRM-PR: 34438

CRM 34438

PRESCRIÇÃO.: 7966705 DATA: 23/11/2023 12:45
USUÁRIO....: PVH DUARTE
ATENDIMENTO.: 8087668 DT NASC: 29/03/2005 (18A 7M 26D)
CONVÊNIO....: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 619262 - AMANDA LANDIM DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 23/11/2023 11:10 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL SALEM VEDOVELLO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDÊNCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

PT
ANALGESIA
ROBOFOOT
ATESTADO
RETORNO AMBULATORIAL
GELO
A DISPOSIÇÃO

8087668

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

4 TORNOZELO, LESAO LIGAMENTO AGUDA AO
NIVEL - INCRUE

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1					[23/11] . 12:45

PLANTAO VITOR HUGO DUARTE
CRM-PR: 34438

CRM 34438

Dados do Atendimento

Atendimento: 8087668 Data/Hora:  Baixa
Paciente: 619262 - AMANDA LANDIM DA SILVA Sexo: F Nasc.: 29/03/2005 (18a 7m 26d)
Prestador: 5598 - RAFAEL SALEM VEDOVELLO Especialidade: 11 - CIRURGIA GERAL
Origem: 98 - PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: PCTE RLATA CONTUSÃO EM MIE APÓS QUEDA DE MESMO NIVEL HJ

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 98% FR18 DOR 4

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 137 x 79 mmHG Pulso: 76 bpm Temperatura: 36 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Últ. Menstruação:	Fumante? Sim ☐ Não ☒
Nº de Partos:	Dor? Sim ☐ Não ☒
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
Cidade:	UF: Hospital: VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CLINICOS/CIRURGICOS COM ASSUNÇÃO DE DIVIDA

{DADOS DO ATENDIMENTO}

Médico: RAFAEL SALEM VEDOVELLO

CRM :46406

Data: 23/11/2023 11:10:49

Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

Padrão: COLEGIO ADVENTISTA ENFERMARIA

Cd Atendimento: 8087668

Prontuario: 619262

Origem: PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM

Cart. Conv.: 11412701

Usua. Atend: LUCAS DA CRUZ SILVA

{PACIENTE / RESPONSÁVEL}

Paciente: AMANDA LANDIM DA SILVA

Sexo: FEMININO

Nascimento: 29/03/2005

Idade: 18

E. Civil.: SOLTEIRO

Conjuge:

C.P.F.: 02954173157

RG:

O. Emissor:

Prof.: OUTROS TRAB. DOS SERVICOS

Número: 80

End.: GLEBA PAICANDU

CEP: 87130000

Compl.:

Bairro:

UF: PR

Cidade: IVATUBA

Mãe: MARIA DE FATIMA LANDIM MAIA DA SILVA

Fone: 61996814201

{RESPONSÁVEL}

Responsável: AMANDA LANDIM DA SILVA

C.P.F.: 02954173157

RG:

Prof.: OUTROS TRAB. DOS SERVICOS

End.: GLEBA PAICANDU 80

Compl.:

Bairro:

Fone: 996814201

O(A) responsável / paciente acima qualificado(a) declara à, HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA, CNPJ/MF No 023.876.304/0001-11, localizada no(a) AV INDEPENDENCIA 93, ZONA 04, na cidade de Maringá - Paraná, Fone: (44) 30321818, CEP: 87015020, daqui por diante designado simplesmente HOSPITAL, o seguinte:

1) Assumo total responsabilidade por todas as despesas decorrentes da internação do(a) paciente acima qualificado(a), durante todo o período de internação, até a sua saída do hospital. Na hipótese de internação para parto normal ou cirúrgico, a responsabilidade ora assumida abrange a paciente e os(s) recém nascido(s).

2) Na opção por internação em acomodação particular, escolho para internação do(a) paciente a seguinte acomodação:

3) Na qualidade de RESPONSÁVEL e PRINCIPAL PAGADOR(A), efetuarei os pagamentos parciais e complementares que vierem a ser exigidos, para efeito das despesas hospitalares, medicamentos, materiais de consumo, exames, diárias e tudo o mais que se fizer necessário ao atendimento do(a) paciente supra mencionado(a).

4) Havendo apresentação de GUIA DE INTERNAÇÃO, ou equivalente, emitido por empresa de seguro saúde ou assistência médica, que mantenha contrato com o(a) paciente e HOSPITAL, AUTORIZO, desde já o acesso da referida empresa ao prontuário do (a) paciente, sendo certo que ficarei isento(a) dos pagamentos parciais e complementares, exceção feita aos que não estejam cobertos pelos respectivos planos de saúde, permanecendo, assim, em vigor, todas as demais cláusulas e obrigações aqui assumidas. Não obstante o aqui disposto, no caso de cancelamento ou suspensão da guia de internação, continuarei respondendo por todos os débitos decorrentes da internação.

Atendimento: 8087668 - AMANDA LANDIM DA SILVA Lote: 4482345 - INST.ADVENTISTA-IAP

Paciente...: AMANDA LANDIM DA SILVA
Convenio...: 10 - INST.ADVENTISTA-IAP
Plano.....: COLEGIO ADVENTISTA ENFERMARIA Sub Plano.:
Medico/CRM: RAFAEL SALEM VEDOVELLO / 46406 Guia.....: 14751 Validade...: 23/11/2023
Carteira...: 11412701 Validade.:30/12/2024
Titular...: AMANDA LANDIM DA SILVA : GLEBA PAICANDU

Procedimento: 10101039 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
RADIODIAGNOSTICO	118,68	0,00	0,00	0,00	4,99	123,67
CONSULTAS MEDICAS / OUTROS PROCEDIM	80,01	0,00	0,00	0,00	0,00	80,01
REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS	150,62	0,00	0,00	0,00	0,00	150,62
Total da Conta:						354,30

RADIODIAGNOSTICO

439 RADIOLOGIA (PARCERIA) - HBSM

Procedimento	Unid./Ativ.
40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	EXAME
40804097 PÉ OU PODODÁCTILO	EXAME

Qtde	VI Unitario	VI Total
1	61,2100	61,21
1	62,4600	62,46
Total :		123,67

CONSULTAS MEDICAS / OUTROS PROCEDIMENTOS

438 PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM

Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.
10101039 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	UN
PLANTAO VITOR HUGO DUARTE - 34438 00784138931	CLINICO

Qtde	VI Unitario	VI Total
1	80,0100	80,01
Total :		80,01

REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS

438 PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.
23/11/2023	52150240 LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNO ATO	CLINICO	100,00%
PLANTAO VITOR HUGO DUARTE - 34438 00784138931			

Qtde	VI Unitario	VI Total
1	150,6200	150,62
Total :		150,62

Total Geral: 354,30