

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

2 - Nº Guia no Prestador 8050128000000

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

5 - Sentença

9 - Validade da Carteira

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RN
N

8 - Número da Carteira

13/02/2024

10 - Nome

LIVIA LEAL RODRIGUES

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Solicitante

JOAO MIGUEL CASADO NETO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

27211

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

01/11/2023

23 - Indicação Clínica

90 - Indicador de Cobertura Especial

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql Solic. 28 - Ql Autornz

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

04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

01

91 - Regime de Atendimento

01

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1 01/11/2023 10:27 22 1011039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

2 01/11/2023 10:41 22 40803120 RX - MÃO OU QUIRODRACTILO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001 1.0 100.00 100.00 35.64

001 1.0 35.64 35.64

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

48 - Sq. Ref.

12

50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

23876304000112 JOAO MIGUEL CASADO NETO

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

06 27211 41 225270

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

1 - - - - - 3 - - - - -

2 - - - - - 4 - - - - -

5 - - - - - 6 - - - - -

7 - - - - - 8 - - - - -

9 - - - - - 10 - - - - -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

135.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de OPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinas (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

135.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

2 - Nº Guia no Prestador 8050128

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LIVIA LEAL RODRIGUES

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

JOAO MIGUEL CASADO NETO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

27211

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

João Miguel Casado Neto

21 - Caráter do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação

01/11/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz

1 22 10101012

Consulta em consultório (no horário normal ou prestebelecido)

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (evento 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 - Cida. 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Ref. / Acres. 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.

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 LMCASTILIONI

Data/Hora 07/11/2023 10:28:38

Contra-Lote: 8050128

Atendimento: 8050128

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8050128

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

2 - Nº Guia no Prestador 8050128

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

1119962

LIVIA LEAL RODRIGUES

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

JOAO MIGUEL CASADO NETO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

27211

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data de Solicitação

23 - Indicação Clínica

1

01/11/2023

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

1

22

40803120

RX - Mao ou quirodactilio

27 - QI Solic

1

28 - QI Autoriz

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Enciclopédia / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Real / 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/CNPJ

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 -

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 Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LMCASILLUONI

Data/Hora: 01/11/2023 10:42:52

Consultar: 8050128

Atendimento: 8050128

Conteúdo: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8050128

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8050128 **Prontuário:** 615364 **SAME:** 615364 **Hora Atend:** 10:27 **Data Atend:** 01/11/2023
Paciente..... : LIVIA LEAL RODRIGUES **Idade:** 11 a
Endereço..... : RUA JOSE BENDO
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA **UF...:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC **Plano....:** CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 01/11/2023 **Hora Saída :** 11:02

Prestador da Evolução Médica: 2081 **JOAO MIGUEL CASADO NETO**

HDA

4 semanas tto conservador fratura salter II falange proximal do 2° dedo esquerdo
sem queixas
1° consulta após PS - não fez retorno no ambulatório do trauma

EXAME FISICO

flexao completa - leve desvio rotacional do dedo - flete sobre o 3° dedo
RX consolidado

TRATAMENTO

orientações sobre a fratura e a consolidação viciosa
possibilidade de ganho da rotação com FST e remodelamento ósseo do crescimento
possibilidade de cirurgia para correção da rotação ao fim do crescimento

João Miguel Casado Neto
Cirurgia da Mão
CRM 27211



Atendimento:	8050128	Pedido:	2853406	Ac. Number:	3571501
Registro / Nome:	LIVIA LEAL RODRIGUES				
Data de Nascimento:	03/06/2012	Idade:	11 anos, 4 meses e 27 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	01/11/2023 10:41:00			Laudado:	08/11/2023
				08:07:38	
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	JOAO MIGUEL CASADO NETO				

RX - MÃO ESQUERDA

- 1- Estruturas ósseas íntegras.
- 2- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608