

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

2 - Nº Guia no Prestador 7907084000000

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
4 - Data de Autorização	5 - Senha	12 - Atendimento a RN N	

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 4362170	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	89 - Nome Social
10 - Nome SAMUEL DA SILVA MORAIS			

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 06	17 - Número no Conselho 33783	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	90 - Indicador de Cobertura Especial
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 Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.	31 - Código CNES 9365230

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)	34 - Tipo de Consulta 2	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento 01	92 - Saúde Ocupacional
Dados de Exercício / Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 10/08/2023 14:33 22 40803090 RX - COTOVELO 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 35,64						

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)									
48 - Sd. 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	5 -	7 -	9 -
1 -	3 -	8 -	10 -
2 -	4 -		

58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$) 35,64	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\$) 35,64
---------------------------------	--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	---	---------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

4367784

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

2 - Nº Guia no Prestador 7907084

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira

4362170

9 - Validade da Carteira

SAMUEL DA SILVA MORAIS

11 - Numero da 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

06 33783

17 - Numero no Conselho

33783

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

10/08/2023

23 - Indicação Clínica

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Autoriz.

0

24 - Tabela

22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

40803090

26 - Descrição

RX - Cotovelo

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

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

38 - Hr. Inicial

39

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via

44 - Têc.

45 - % Real / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(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

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

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

1-Registro ANS	348180
3-Nº da Guia Principal	
4-Data da Autorização	
5-Certificação	

Dados do Beneficiário	
8- Nº da Carteira	9- Validade da Carteira
10- Nome Samuel S. Moraes	
11- Cartão Nacional de Saúde	12- Atendimento de RN Atendimento de RN

Dados do Contratado Solicitante	
13-Código na Operadora	
14- Nome do Contratado	
19-A Assinatura da Pessoa Jurídica	
19-B Assinatura de Representante Legalizado	
19-C Código CBO	
20-Assinatura do Profissional Solicitante	

15-Nome do Profissional Solicitante	16-Conselho Profissional	17-Nº do Conselho	18-UF	19-Código CBO	20-Assinatura do Responsável Técnico
					 Rochael 18-33783

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

[illegible]

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

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]

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)									
48-Seq. Ref. 49-Grau Part. 50-Código da Operadora CPF									
51-Nome do Profissional									
52-Conselho Profissional 53-N.º do Conselho									
54-UF 55-Código CBU									

56-Data de Realização do Procedimentos em Série

1			/			/			
2			/			/			

57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável

3			/			/			
4			/			/			

58-Observação | Justificação

5			/			/			
6			/			/			
7			/			/			
8			/			/			
9			/			/			
10			/			/			

2802044



Atendimento: 7907084 Pedido: 2801997 Ac. Number: 3504472
Registro / Nome: SAMUEL DA SILVA MORAIS
Data de Nascimento: 22/10/2015 Idade: 7 anos, 9 meses e 18 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 10/08/2023 14:33:00 Laudado: 16/08/2023
09:05:04
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: PLANTAO RICARDO JOSE R PORFIRIO DA ROCHA

RX - COTOVELO ESQUERDO (03 INCIDÊNCIAS)

Seguimento radiografico de tratamento conservador de fratura sem desvio da cabeça do rádio.

R JULIANA POLLA REINHEIMER

CRM- 52347

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7907084 Prontuário: 530878 SAME: 530878 Hora Atend: 14:15 Data Atend: 10/08/2023
Paciente..... : SAMUEL DA SILVA MORAIS Idade: 7 a
Endereço..... : RUA JOSE CARLOS JOAQUINZO
Bairro..... : EBENEZER UF.: PR CEP: 87035330
Cidade..... : MARINGA Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC
CID Principal..... : Z001 - EXAME DE ROTINA DE SAUDE DA CRIANCA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA Hora Saída : 15:36
Data Saída..... : 10/08/2023

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

EVOLUCAO

SAMUEL

MÃE - JENNY

25/08/23 - FRATURA DE CABEÇA DO RADIO ESQ.

EF:
ADM COM RESTRIÇÃO

CD:
ORIENTAÇÕES
RETRONO EM 3 SEMANAS

Ricardo P. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 33783