

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

2 - Nº Guia no Prestador 8093856000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 27/11/2023		5 - Senha 13268009	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13268009	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 114101218		9 - Validade da Carteira 31/12/2023	
10 - Nome THAYNA ZUCUNELLI DOS SANTOS		89 - Nome Social	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante MANUEL DUARTE GILBERTO		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 8788		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 27/11/2023		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Ql Solic.		28 - Ql Autoriz.	

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		36 - Regime de Atendimento 01		32 - Saúde Ocupacional	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
36-Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição		42-Qlde. 43-Via 44-Yec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total			
1 27/11/2023 13:27 13:27 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)		001 1.0 35.64 35.64			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)					
48-Sq. Ref. 49-Gr. Part 50-Cod 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					
1 - ____/____/____		3 - ____/____/____		5 - ____/____/____	
2 - ____/____/____		4 - ____/____/____		6 - ____/____/____	
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 Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 35.64		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização					

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

2 - Nº Guia no Prestador 13268009

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

11410218

9 - Validade da Carteira

89 - Nome Social

12 - Atendimento a RM
N

10 - Nome

THAYNA ZUCUNELLI DOS SANTOS

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
MANUEL DUARTE GILBERTO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
8788

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. Manoel Duarte Gilberto
CRM-PR 8788

21 - Caracter do Atendimento

1

22 - Data da Solicitação
27/11/2023

23 - Indicação Clínica

90 - Indicador de Cobertura Especial
1

24 - Tabela
25 - Código de Procedimento ou Item Procedimental
10101012

26 - Descrição
Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido)

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

31 - Código CNES
9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

91 - Regime de atendimento

92 - Saúde Ocupacional

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 - Tec.

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

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Rel. 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

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
Thayna Zucunelli dos Santos

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Thayna Zucunelli dos Santos
Nº da Carteirinha: 11.4.10218
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 23/07/2000

Nº da Guia: 13268.009

8083856



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
26/11/2023	18:36:33	Dormitório (Ex.: residencial)	Atividades recreativas

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Aluna estava participando de uma atividade recreativa de futsabão e escorregou. Na hora de descer ela sentou, apoiou o pé no chão, derrapou e equilibrou o peso corporal e um unico pé, em atrito com o chão acabou fraturando. Apresenta edema em metatarso e escoriações em primeiro dedo do pé direito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Nicole Dexhmair	(66) 99909-5946

Quem prestou primeiros socorros	Data
Ana Izabel	07/09/2023

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

Motivo do Retorno

Autorizo retorno com especialista Dr. Manuel no dia 27/11 às 12:05.

Ass.:

Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731

Gilberto Junior

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