



Atendimento:	6921340	Pedido:	2453569	Ac. Number:	3063520
Registro / Nome:	JUNIA MARQUES DA ROCHA				
Data de Nascimento:	21/04/2015	Idade:	6 anos, 9 meses e 24 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	17/02/2022 16:24:00			Laudado:	02/03/2022
					16:49:10
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO				

RX - OSSOS DA FACE

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

AISAR MOHAMMAD JABER
CRM- PR: 30939



Atendimento:	6921340	Pedido:	2453620	Ac. Number:	3063591
Registro / Nome:	JUNIA MARQUES DA ROCHA				
Data de Nascimento:	21/04/2015	Idade:	6 anos, 9 meses e 24 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	17/02/2022 17:31:00			Laudado:	23/02/2022
					20:29:07
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO				

Tomografia computadorizada de seios da face

Comentários:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada com imagens obtidas no plano axial sem administração do meio de contraste.

Os seguintes aspectos foram observados:

Seios paranasais com morfologia e transparência habituais.

Complexos ostiomeatais com morfologia habitual,

Cornetos médios e inferiores anatômicos.

Meatos médios e inferiores livres.

Septo nasal centrado.

Estruturas ósseas íntegras.

Impressão diagnóstica:

Estudo sem alterações tomográficas significativas.

AUGUSTO CESAR LOMBARDI PRADO

CRM- 38375

Sistema Secretaria Escolar
Escola Adventista de Maringá - Zona 7
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Nome: Júnia Marques da Rocha (2426)		Ano: 2022	Data Matrícula: 02/12/2021
Sexo: F	Data Nascimento: 21/04/2015	Curso: 1º Ano - Ensino Fundamental	Turma: EF1MA
Naturalidade: Cascavel	Nacionalidade: Brasileira	UF: PR	Turno: M
Endereço: Avenida Lucílio de Held, 155	Estado Civil: Solteiro	Complemento:	
Bairro: Jardim Alvorada	Cidade: Maringá	UF: PR	CEP: 87033-230
Cert. Nascimento: 079848 01 55 2015 1 00461 046 0148264 91	Cert. Nascimento Livro:	Cert. Nascimento Folha:	
Cert. Nascimento Termo:	Cert. Nascimento Cartório: Cartório Registro Civil Esteves Santos		
Cert. Nascimento Cidade: Cascavel	Cert. Nascimento UF: PR		
Identidade: 15.082.794-9	O.Exp: SSP	UF: PR	Data: 22/08/2017
E-Mail:	CPF: 133292649-50	INEP	
Tipo de Sangue/Fator RH:	Cor/ Raça:	Religiao: Outras	
Telefones:	Convênio:	Nº:	
Pode sair sozinho?	Autorizo Imagem: Sim		

Dados do Pai

CPF:	Nome: Júlio Beltrão da Rocha Neto	Naturalidade:	Nacionalidade:
Nascimento:	Estado Civil:	O. Exp:	Data Emissão:
Grau de Instrução:	Endereço:	UF:	
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF: CEP:
Cx. Postal:	E-Mail:	Religião:	
Telefones:			

Dados da Mãe

CPF: 052103339-06	Nome: Jéssica Falcão Marques da Rocha	Naturalidade:	Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 21/01/1986	Estado Civil: Separado	O. Exp: SESP	Data Emissão: 20/06/2018
Grau de Instrução: Superior completo	Endereço: Avenida Lucílio de Held, 155	UF: PR	
Complemento:	Bairro: Jardim Alvorada	Cidade: Maringá	UF: PR CEP: 87033-230
Cx. Postal:	E-Mail: jessicajuju86@gmail.com	Religião:	
Telefones: Celular: 44999027871			

Dados do Responsável Legal

CPF: 052103339-06	Nome: Jéssica Falcão Marques da Rocha	Naturalidade:	Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 21/01/1986	Estado Civil: Separado	O. Exp: SESP	Data Emissão: 20/06/2018
Grau de Instrução: Superior completo	Endereço: Avenida Lucílio de Held, 155	UF: PR	
Complemento:	Bairro: Jardim Alvorada	Cidade: Maringá	UF: PR CEP: 87033-230
Cx. Postal:	E-Mail: jessicajuju86@gmail.com	Religião:	
Telefones: Celular: 44999027871			

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 052103339-06	Nome: Jéssica Falcão Marques da Rocha	Naturalidade:	Nacionalidade: Brasileira
Nascimento: 21/01/1986	Estado Civil: Separado	O. Exp: SESP	Data Emissão: 20/06/2018
Grau de Instrução: Superior completo	Endereço: Avenida Lucílio de Held, 155	UF: PR	
Complemento:	Bairro: Jardim Alvorada	Cidade: Maringá	UF: PR CEP: 87033-230
Cx. Postal:	E-Mail: jessicajuju86@gmail.com	Religião:	
Telefones: Celular: 44999027871			

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

Ana Cleia Mendes Sousa Pimenta
Administrador Escolar - Ato nº 9/2020

Geovana Florencio Sansalone
Secretário(a) - Ato nº 7/2020

Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Júnia Marques da Rocha

Nº da Carteirinha: 4.36.2426

Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F

Data de Nascimento: 21/04/2015

Nº da Guia: 4935



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/02/2022	12:57:00	Quadra	Saída

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição
A aluna estava pegando a mochila para ir embora, tropeçou na quadra e caiu, bateu o queixo no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Vanessa Falcão	(44) 99941-2541

Quem prestou primeiros socorros	Data
Vanessa Falcão	17/02/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3220-6000

Observações
Foi colocado gelo no local do hematoma, mas por estar inchando a família solicitou atendimento médico.

Ass.:

Geovana F. Sansalone

Geovana Florencio Sansalone

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 4935

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
JUNIA MARQUES DA ROCHA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLAÍTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
39294

18 - UF
41

19 - Código CBO
226124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação
18/02/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

1 22 41001036 TC - Face ou seios da face
2 22 40801098 RX - Ossos da face

27 - Qt. Solic. 1
28 - Qt. Autoriz. 0

Joyce A. F. Mello
Paciente
CRM/PR: 39.294 RQE: 29.037

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9385230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação do Acidente (paciente 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 - Cidr. 43 - Via 44 - Téc.

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

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.

49 - G. 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 do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Observações / 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 Médicos (R\$)

65 - Total Guia (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LKMONERA

Data/Hora: 18/02/2022 17:45:36

Contat.Dte: 6921340

Atendimento: 6921340

Convênio: INST ADVENTISTAIAP

6921340



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

2 - Nº Guia no Prestador

4935

JUNIA MARQUES DA ROCHA
Dt. Naso: 21/04/2015 Sx: F
Pront: 550912 Dt: 17/02/2022
INST. ADVENTISTA-IMP / COLEGIO ADVEN
6921340

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sessão

6 - Data Validade da Sessão

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador

8 - Número da Carteira

4362426

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

JUNIA MARQUES DA ROCHA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Código do Operador

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

39294

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

17/02/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - QI Solic.

1

28 - QI Autoriz.

0

Dados do Operador

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 Atendimento (assinatura ou dactilografia)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNEB

9365230

Dados da Empresa / Prestadora e Endereços

36 - Data

37 - Inicial

38 - Fk Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cida

43 - Via

44 - Tfo.

45 - % Red / Acreo.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do Profissional (Assinatura)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Prof.

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 do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

59 - Total Procedimento (R\$)

60 - Assinatura do Responsável pela Autorização

61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Materiais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

181 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

189 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

193 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

197 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

199 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

202 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

204 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

205 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

206 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

207 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

208 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

209 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

210 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

212 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

213 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

214 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

216 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

217 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

218 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

219 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

220 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

221 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

222 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

223 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

224 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

225 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

226 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

227 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

228 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

229 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

230 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

231 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

232 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

233 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

234 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

235 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

236 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

237 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

238 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

239 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

240 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

241 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

242 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

243 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

244 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

245 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

246 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

247 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

248 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

249 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

250 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

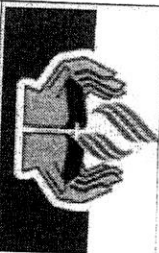
251 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

252 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

253 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

254 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

255 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



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

2 - Nº Guia no Prestador 4935

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador

8 - Número da Carteira

4362426

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

JUNIA MARQUES DA ROCHA

11 - Número do Cadastro Nacional de Saúde

12 - Assinatura do RN

N

13 - Código do Operador

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTÃO JOYCE APARECIDA DE MELLO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

39294

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 -

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

18/02/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22 10101039

25 - Código do Procedimento ou Item Análise

Consulta em pronto socorro

1

0

27 - Ql. Sólido

28 - Ql. Líquido

Dados do Contratado - Escusante

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNEC

9366230

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 Experiência / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Ql. 43 - Via

44 - Tão

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (você) Prestador(a) Especialista(a)

48 - Seq. Rec.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

54 - Código CBO

55 - Data de Realização do Procedimento em Série

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Autógrafa (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Gedu (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LKMOREIRA

Data/Hora: 18/02/2022 17:45:59

Contato: 8921340

Atendimento: 8921340

Contato: INST ADVENTISTA-AP

6921340

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

2 - Nº Guia no Prestador 6921340000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

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

4362426

31/12/2022

JUNIA MARQUES DA ROCHA

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

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

06

39.294

41

225124

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

17/02/2022

27 - CI Solic. 28 - CI Autoriz.

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - CI Solic. 28 - CI Autoriz.

Dados do Contratado Excitante

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 (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

04

9

1

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

1	17/02/2022	16:24	16:24	22	40801098	RX - OSSOS DA FACE
2	17/02/2022	16:25	16:25	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
3	17/02/2022	17:31	17:31	22	41001036	TC - FACE OU SEIOS DA FACE

42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tdc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
001				39.96	39.96
001				100.00	100.00
001				385.56	385.56

Identificação do(s) Profissional(is) Excitant(eis)

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

2

12

23876304000112

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

06

39.294

41

225124

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

1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

525.52

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\$)

525.52

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Dados do Atendimento

Atendimento: 6921340 Data/Hora: 17/02/2022 15:56 Prioridade: Baixa
Paciente: 550912 - JUNIA MARQUES DA ROCHA Sexo: F Nasc.: 21/04/2015 (6a 9m 30d)
Prestador: 4214 - PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO Especialidade: 36 - PEDIATRIA
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA COM TRAUMA NO QUEIXO

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: N

Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 102 bpm Temperatura: 36,1 °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:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: PESO: 27KG
MEDICAÇÃO: NÃO
SPO2: 95%

PRESCRIÇÃO.: 6440342 DATA: 17/02/2022 16:25
USUÁRIO.....: PJAFMELLO
ATENDIMENTO: 6921340 DT NASC: 21/04/2015 (6A 9M 30D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 550912 - JUNIA MARQUES DA ROCHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/02/2022 15:56 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

6921340

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
CRM-PR: 39294

TAXA DE SALA									
Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abbocath nº		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/ag. 5ml		
	Água Oxigenada - ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva - cm		Seringa Descartável s/ag. 10 ml		
	Agulha descartável 25x7		Compr. De gase 7,5x7,5 (setor)-un.		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/ag. 20 ml		
	Agulha descartável 40x12		Compr. De gase tipo queijo (45 cm)		Intracath infantil		Sonda de Aspiração nº		
	Álcool lodado - ml		Dreno pen rose nº 01		Lâmina de bisturi nº 11		Sonda Foley 2 vias nº		
	Atadura algodão ortopédico 10 cm		Dreno pen rose nº 02		Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley 3 vias nº		
	Atadura algodão ortopédico 20 cm		Dreno pen rose nº 03		Luva estéril nº		Sonda Nasogástrica longa nº		
	Atadura crepom (PS/CC) 10 cm		Eletrodo desc. De papel - unidade		Luva de procedimento un.		Tala de Alumínio P		
	Atadura crepom (PS/CC) 20 cm		Equipo macrogotas		Malha Tubular nº	- cm	Tala de Alumínio M		
	Atadura gessada 10 cm		Equipo microgotas		Micropore 25 mm - cm		Tala de Alumínio G		
	Atadura gessada 20 cm		Escalpe nº		Polifix Padrão		KIT DREN adulto		
	Benzina - ml		Esparadrapo - cm		PVPI degermante		KIT DREN Infantil		
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PVPI tópico		Xylocaina 2% s/vaso		
	Cadarço - 100 cm		Fio polycot 2-0 (P-13-T)		Salto de madeira adulto				
	Cânula end. S/balão nº		Fio Polycot 3-0 (P-14-T)		Salto de madeira infantil				
	Cânula end. C/balão nº		Fio Mononylon 4-0 (1129 T)		Seringa descartável s/ag. 3ml				
PROCEDIMENTOS									
	Aplicação EV		Fixação de Escala de Soro		Punção Lombar				
	Aplicação IM		Fixação de Cateter de O2		Punção Venosa - Adulto				
	Aspiração		Flebotomia		Punção Venosa - Infantil				
	Cardioversão elétrica		Glicemia Capilar		Retirada de soro				
	Curativo PEQUENO		Monitorização Cardíaca - início: fim:		Sondagem vesical de alívio				
	Curativo MÉDIO		Nebulização		Sondagem vesical de demora				
	Curativo GRANDE		Oxigênio - início: fim:		Sondagem nasogástrica				
	Drenagem torácica - KIT DREN		Passagem de intracath		Traqueostomia				
	Eletrocardiograma - CG		Punção abdominal		Verificação de sinais vitais				
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM									
HORA	PA	P	T	R					
					ALTA HS.				

OBS.: ESTA TAXA DEVE CONTER A ASSINATURA DO ENFERMEIRO OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM.

DATA: 17/02/2022

MAGNOSTICO: Trauma de
pele con fratura

**PROCEDIMIENTOS
REALIZADOS:**

Pront: 550912 Dt: 17/02/2022 INST. ADVENTISTA-IMP / COLEGIO ADVENTISTA-IMP 6921340		DATA: 17/02/2022	DIAGNOSTICO: Trauma de face sem fratura	PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
INTERNACAO: () SIM () NÃO	MEDICO: Dr. Ednaldo de T. Carneiro	QUARTO:		
CLINICA:	REGISTRO:	HORARIO		
PRESCRICAO MEDICA	EVOLUCAO MEDICA			
BME Paciente avaliado em PS após colatões de intubação, náusea de trauma em face. Co EFG apresenta-se em BEG, LOTE, CTAHA, comunitária, coprolite, sem EFL apresenta alteração a equinose em mente sem alguns os hipertensos émo, abertura bucal satisfatória, vômitos palpebras e mucosas, olhos externos. TC: sem sinais sugestivos de fratura sem oss da face HD: trauma sem fratura CD: aval BME, orientado cuidados, procurem medicação BME				
Dr. Ednaldo Tadeu Carneiro CR 6008				

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6921340 **Prontuário:** 550912 **SAME:** **Hora Atend:** 15:56 **Data Atend:** 17/02/2022
Paciente..... : JUNIA MARQUES DA ROCHA **Idade:** 6 a
Endereço..... : ALAMEDA DOUTOR JOAO PAULINO
Bairro..... : JARDIM ALVORADA
Cidade..... : MARINGA **UF...:** PR **CEP:** 87033450
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal..... : T140 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE REGIAO NAO ESPECIFICADA DO CORPO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 17/02/2022 **Hora Saída :** 18:55

Prestador da Evolução Médica: 4214 **PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO**

HDA

pcte com trauma em mento há 2 horas. sem vomitos ou perda de consciencia

EXAME FISICO

beg
mucosas chaa
ar mv + bilateral sra eupneico
oros salt
otos salt
ab db- flacido rha + normais
pele hematoma e escoriação em mento
s/sinais meningeos

DIAGNOSTICO

trauma

DIAGNOSTICO - HISTORICO

trauma

TRATAMENTO

solicito avaliação buco + rx de ossos face
as 732 buco solicita tc
as 1835 pcte da alta p pcte
as 1854 pcte retornada

CRM/PR: 39.294 RQE: 29.037
Pediatria
Joyce A. F. Mello

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO / 39294
PEDIATRIA

PRESCRIÇÃO.: 6440450 DATA: 17/02/2022 17:30
USUÁRIO....: PJAFMELLO
ATENDIMENTO: 6921340 DT NASC: 21/04/2015 (6A 9M 30D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 550912 - JUNIA MARQUES DA ROCHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/02/2022 15:56 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

6921340

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 TC COMP DE FACE OU SEIOS	1					

Justificativa.: trauma em mento



Joyce A. F. Mello
Pediatra
CRM/PR: 39.294 RQE: 29.03

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
CRM-PR: 39294

PRESCRIÇÃO.: 6440338 DATA: 17/02/2022 16:23
USUÁRIO....: PJAFMELLO
ATENDIMENTO: 6921340 DT NASC: 21/04/2015 (6A 9M 30D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 550912 - JUNIA MARQUES DA ROCHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/02/2022 15:56 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

6921340

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX CRANIO OSSOS DA FACE:M.N. - F.N. - LAT. - HIRTZ	1						
Justificativa.: trauma de mento							

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 ALIVIUM 100MG/ML, FRS 20ML, (VO) XPE	27	GOTAS		VO	AGORA	[17/02]	16:23

EXAME REALIZADO
DATA 17/02/22
TÉC. RADIOLOGIA: Leze

avo laco

Buco

maxila

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
CRM-PR: 39294