

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

2 - N° Guia no Prestador 7141204000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 10/06/2022		5 - Senha 6546	
6 - Data de Validade da Senha 6546		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 6546	
8 - Número da Carteira 11111041		9 - Validade da Carteira 31/12/2023	
10 - Nome MARIA VITORIA TENORIO GALVAO		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
12 - Atendimento a RN			
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO RAQUEL GOMES PARIZZOTTO CASSIAN		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 47585		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data de Solicitação 10/06/2022	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	
27 - Qi Solic.		28 - Qi Autoriz.	
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
31 - Código CNES 9365230			
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 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 10/06/2022 15:38 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 10/06/2022 15:39 22 40803112 RX - PUNHO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/ACR 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 100.00 100.00 001 1.0 35.64 35.64	
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 1 12 23876304000112 PLANTAO LUIAN CELSO GONCALVES		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 06 31517 41 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		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 Medicinais (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	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Vitória Tenório Galvão
 Nº da Carteira: 11.1.11041
 Instituição: IAP - Educação Básica
 Data de Nascimento: 27/12/2005

Nº da Guia: 6546



Assinatura

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade	Atividades esportivas fora de aula
04/06/2022	20:00:00	Quadra		

O que aconteceu	Partes do corpo	Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)
		Antebraço Direito, Mão Direita

Descrição
A aluna interna relata que estava jogando vôlei, ao receber a bola, bateu no pulso de mal jeito. A aluna referiu dor no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gabriel Bordin	(55) 9705-1029

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
A aluna esteve na enfermaria, estamos colocando gelo e dolomita, mas a aluna não refere melhora. achamos encaminhá-la ao hospital.

Ass.: *Célia T. D. da Silva*
 Enfermeira
 Coren/PR 000 602 977

Célia Teixeira Damasceno da Silva

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 - Bigorrião - 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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 6546

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome MARIA VITORIA TENORIO GALVAO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 11111041	9 - Validade da Carteira			
Dados do Solicitante				
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO RAQUEL-GOMES-PARIZOTTO-CASSIA	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 47585
18 - UF 41	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 10/06/2022	23 - Indicação Clínica		
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	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		
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 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento
				41 - Descrição
42 - Cide				
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 - Crt. Part	50 - Código na operacional/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				
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				

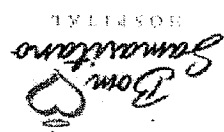


GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 6546

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal 6546		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha	
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 11111041		9 - Validade da Carteira		10 - Nome MARIA VITORIA TENORIO GALVAO	
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 PLANTAO RAQUEL GOMES PARIZZO TIO CASSIA		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 47585	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Realizados					
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 10/06/2022		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 22		25 - Código do Procedimento ou Item Anestesiológico 40803112		26 - Descrição RX - Punho	
27 - Ql Solic 1		28 - Ql Autoriz 0		29 - Código CNES 9365230	
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	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados					
35 - Data 37 - Hr Inicial 38 - Hr Final		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Cide 43 - Via		44 - Tec		45 - % Ref / Acresc 46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO		56 - Total Geral (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Execudente(s)					
48 - Seg Ref		49 - Gr Part		50 - Código na operacional/CPF	
51 - Nome do Profissional		52 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
53 - Data de Realização de Procedimento em Série					
54 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
55 - Observação / Justificativa					
56 - Total de Realização de Procedimento em Série					
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
58 - Assinatura do Responsável pela Autorização					
59 - Total Procedimentos (R\$)					
60 - Total de Taxis e Alugueis (R\$)					
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)					
62 - Total de OPME (R\$)					
63 - Total de Medicamentos (R\$)					
64 - Total Gases Medicinais (R\$)					
65 - Assinatura do Contratado					



Estruturas ósseas íntegras.
Espaços articulares conservados.

RX - PUNHO DIREITO

Atendimento:	7141204	Pedido:	2528787	Ac. Number:	3157512
Registro / Nome:	MARIA VITORIA TENORIO GALVAO				
Data de Nascimento:	27/12/2005	Idade:	16 anos, 5 meses e 13 dias		
Pedido do Exame:	10/06/2022 15:39:00	Laudado:	14/06/2022 15:53:39		
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	LUAN CELSO GONCALVES R				

[Handwritten signature]

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM-PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 6721410 DATA: 10/06/2022 15:38

ATENDIMENTO: 7141204 DT NASC: 27/12/2005 (167

ATENDIMENTO: 7141204 DT NASC: 27/12/2005 (16A 5M 14D)

CONVENIO... : INST. ADVENTISTA-IAP

PACIENTE...: 567728 - MARIA VITORIA TENORIO GALVAO
PESO...: ALTURA: SUP. CORPOREA:

INTERNAÇÃO.: 10/06/2022 15:17 0 DIAS(S) INT

MEDICO.....	PLANTAO RAQUEL GOMES	PARIZZOTTO CASSIANO	SERVICO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...	PRONTO ATENDIMENTO	- HB5M	LEITO...
CID	COBERTURA:		

CID.....: DIAGNÓSTICO:
PROTÓCOLO...: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PACIENTE COM RELATO DE DOR EM PUNHO DIREITO DE INÍCIO APÓS TRAUMA A CERCA DE 6 DIAS

EFO
ADM COMPLETA
NEUROVASCULAR OK
PELE INTEGRAL
DOR LEVE

PLANO
SOLICITO RX
REAVALIO APÓS

7061717

PRESCRIÇÃO MÉDICA

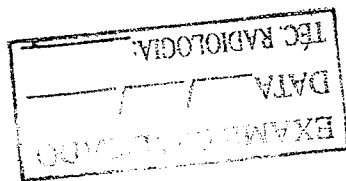
EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

1 RX MEM SUP PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS

Justificativa: DIR

VISITA HOSPITALAR

2 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA



Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR 31.517 / 14.09.1991
PLANTÃO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31517

PRESCRIÇÃO.: 6721469 DATA: 10/06/2022 16:03

USUÁRIO.....: PLCGONCALVES
ATENDEMENTO.: 7141204 DT NASC: 27/12/2005 (16A 5M 14D)

CONVÊNIO.....: INST. ADVENTISTA-IAP

PACIENTE.....: 567728 - MARIA VITORIA TENORIO GALVAO

PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:

INTERNAÇÃO.: 10/06/2022 15:17 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO RAQUEL GOMES PARIZOTTO CASSIANO
UNID. INT.: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA: SERVIÇO: CLINICA MEDICA

CID.....: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO

RX SEM SINAIS DE FRATURAS COM DESVIO OU LUXAÇÕES

PLANO
ANALGESIA
RETORNO SE NECESSARIO
GELO LOCAL
REPOUSO

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 31.517 / TEOT-15107
PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31517

1ª VIA

Rubrica do Médico

Dados do Atendimento

Atendimento: 7141204 Data/Hora: 10/06/2022 15:17 Prioridade: Baixa
Paciente: 567228 - MARIA VITORIA TENORIO GALVAO
Prestador: 6337 - PLANTAO RAQUEL GOMES PARIZOTTO CASSIAN Especialidade: 98 - CLINICO GERAL
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clinica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: REFERE TRAUMA EM PUNHO D SABADO APOS JOGO DE VOLEI

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT 99 % , DOR 08 ,FR 16
Alergias: LORATADINA

Sinais Vitais

P.A.: 116 x 67 mmHG Pulso: 98 bpm Temperatura: 35,9 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócio
Marca:
Últ. Menstruação:
Nº de Partos:
1º Congresso Sexual:
Higiene Bucal: Boa
Cidade:
Outros

Prótese Dentária?	Sim ☐ Não ☒	Bebe Alcool?	Sim ☐ Não ☒	Fumante?	Sim ☐ Não ☒	Dor?	Sim ☐ Não ☒	Câncer na Família?	Sim ☐ Não ☒	Consultou o médico?	Sim ☐ Não ☒	UF:	Hospital: VERDE
-------------------	--	--------------	--	----------	--	------	--	--------------------	--	---------------------	--	-----	-----------------

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?
Medicações:
Antecedentes Patológicos:
Histórico da Doença:
Observações:

TERMO DE CIÊNCIA PRÉVIA PARA ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO	
PACIENTE:	NOME DA MÃE:
DATA DE NASCIMENTO:	
7141204 MARIA VITORIA TENORIO GALVAO DT. Naso: 27/12/2005 SX: F Pront: 567728 DT: 10/06/2022 INST. ADVENTISTA-IP / COLEGIO ADVENT.	
PRONTUÁRIO:	ORG. EXP.:

RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL/ACOMPANHANTE	
NOME:	DATA DE NASCIMENTO: / /
RG:	ORG. EXP.:
GRAU DE PARENTESCO:	

Declaro que fui devidamente esclarecido(a) que o prazo médio para atendimento no Pronto Atendimento do Hospital Bom Samaritano de Maringá é de no mínimo 2 horas, na data de 10/06/22. Fui orientado(a) que o tempo de espera poderá ser alterado a maior ou menor, em decorrência de eventual aumento na procura por atendimentos e conforme a classificação de risco dos pacientes, sendo minha opção permanecer aguardando na instituição cliente do prazo.

Declaro ter ciência que não é permitido fotografar as dependências do Hospital Bom Samaritano, seus funcionários e pacientes, sob pena de violação à Lei Geral de Proteção de Dados e demais responsabilizações cabíveis decorrentes da exposição não consentida.

Data:	10/06/22
Horário:	15:19

Paciente	Responsável/Acompanhante
Maria Vitoria Tenorio Galvao Ana Lucia I. Fernandes	
Recepcionista	Testemunha

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MATO GROSSO

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. AROLDO MENDES DE PAIVA

MARIA VITORIA TENORIO GALVÃO

CLAUDIO LUIZ GALVÃO

PAULA REJANE TENORIO SILVA

27/12/2005

BELEM-PA

SSP/MT

Assinatura do Titular: *Paula Vitoria Galvão*

ASSINATURA DO TITULAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MATO GROSSO

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. AROLDO MENDES DE PAIVA

MARIA VITORIA TENORIO GALVÃO

003.814.192-23

3409191-2 - 1ª V/O

C.NASC.269081 LIV.A228 FLS.22 BELEM-PA

70870018615495

P 050

10/01/2020

Assinatura do Diretor: *Quarado*

ASSINATURA DO DIRETOR

○ ○ ○

13.916.552-7

BARRETO DE OLIVEIRA

ALVES DE OLIVEIRA

RICARDO BARRETO DE OLIVEIRA

JAGUAR IATVA/PR

DATA DE NASCIMENTO: 23/03.2001

COMARCA=JAGUARIANA/PR. DA SEDE

NASC=15916, LVFO=52A, POLHA=200

[Handwritten signature]

3304 0/00000000