

GUIA DE SOLICITAÇÃO
DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 6695005

Folha:

1 / 1

1 - Registro ANS 0000000		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha			
7 - Número da Carteira 1118892		8 - Validade da Carteira	
9 - Atendimento de RN N			
10 - Nome GABRIEL MORS PULGA			
11 - Cartão Nacional de Saúde 700607461488367			
12 - Código na Operadora 23876304000112		13 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
14 - Nome do Profissional Solicitante DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR			
15 - Conselho Profissional 06		16 - Número no Conselho 28801	
17 - UF 41		18 - Código CBO 225270	
19 - Código na Operadora / CNPJ 23876304000112		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
21 - Data sugerida para Internação 15/07/2022		22 - Caráter do Atendimento 1	
23 - Tipo de Internação 2		24 - Regime de Internação	
25 - Cide, de Dianas Solicitadas 00		26 - Previsão de uso de OPME N	
27 - Previsão de uso de quimioterápico N		28 - Indicação Clínica	
29 - CID 10 Principal (Opcional) Z048		30 - CID 10 (2)(Opcional)	
31 - CID 10 (3)(Opcional)		32 - CID 10 (4)(Opcional)	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9			
34 - Tabela			
35 - Código do Procedimento			
36 - Descrição			
37 - Cide, Solic			
38 - Cide Aut			
39 - Data Provel da Admissão Hospitalar			
40 - Cide, Dianas Autorizadas			
41 - Tipo da Acomodação Autorizada			
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado 23876304000112			
43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
44 - Código CNES			
45 - Observação / Justificativa			
46 - Data da Solicitação 15/07/2022		47 - Assinatura do Profissional Solicitante	
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
Atendimento: 7211907			
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLA			
6695005			
Data/Hora: 15/07/2022 11:36:13			
Conta/Leite: 6695005			
Impresso por: SALRIBEIRO			

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador 67

Folha: 1 / 1

* 997081643

* 398324301

1 - Registro - NS	0	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
Dados do Beneficiário			
7 - Número da Carteira	1118892	8 - Validade da Carteira	31/12/2022
10 - Nome	GABRIEL MORS PULGA		
Dados do Contratado Solicitante			
12 - Código da Operadora	238763040001	13 - Nome do Contratado	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A
14 - Nome do Profissional Solicitante	DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR		
15 - Conselho Profissional	06	16 - Número no Conselho	28801
17 - UF	41	18 - Código CBO	225270
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação			
19 - Código da Operadora / CNPJ	238763040001		
22 - Carteira de Atendimento	1		
23 - Tipo de Internação			
24 - Regime de Internação			
25 - Cidade de Dúvidas Solicitadas	1		
26 - Previsão de uso de OPM	N		
27 - Previsão de uso de quimioterápico	N		
Dados do Contratado Solicitante			
11 - Cartão Nacional de Saúde	700607461488367		

LESAO MENISCAL MEDIAL EM ALÇA DE BALDE A DIREITA S83.2

29 - CID 10 - Principal (Opcional)	S832	30 - CID 10 (2) (Opcional)		31 - CID 10 (3) (Opcional)		32 - CID 10 (4) (Opcional)		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
Procedimentos Solicitados									
34 - Intervalo	1	35 - Código do Procedimento	30733057	36 - Descrição	MENISCOTOMIA - UM MENISCO - PROCEDIMENTO VIDEO				
2	22	30737036	30731062	60000694	DIARIA ENFERMAGEM 3 LEITOS OU MAIS				
3	22	30731062	60000694	60000694	SINOVECTOMIA DO TORNZELO				
4	13	60000694	60000694	60000694	DIARIA ENFERMAGEM 3 LEITOS OU MAIS				

39 - Data Provel de Admissão Hospitalar		40 - Cidr. Dúvidas Autorizadas		41 - Tipo de Acomodação Autorizada	
Dados da Autorização					
42 - Código da Operadora / CNPJ autorizado	238763040001	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR		
45 - Observação / Justificativa	Kit sutura menisco ALL 15.02 Laminar de SHAVAN 02				
46 - Assinatura do Profissional Solicitante					
48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável					
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização					

45 - Data da solicitação	01/07/2022	47 - Assinatura do Profissional Solicitante		48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
Impressão por DECUNIOR							
Data/Hora: 01/07/2022 14:03:15							
Conta/Lote: 67							
Atendimento:							
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC							

*67

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2 - Nº Guia no Prestador 68

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nº Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Sentença		6 - Data Validade da Sentença	
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 1118892		9 - Validade da Carteira 31/12/2022		10 - Nome GABRIEL MORS PULGA	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 700607461488367		12 - Atendimento a RV 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 DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 28801	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Cartão de Atendimento		22 - Data da Solicitação 01/07/2022		23 - Indicação Clínica PRE OP VIDEOARTROSCOPIA DE JOELHO DIREITO S83.2	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
1 22 40304361				HEMOGRAMA COMPLETO (ERITOGRAFA , AVALIACAO DE PLAQUETAS)	
2 22 40304922				COAGULOGRAFA (TS , TC, PROVA DO LACO, RETRACAO DO COAG	
Dados do Contratado Essencial					
29 - Código na Operadora 238763040001		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR		31 - Código CNES 9365230	
Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 4		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 - Qlde.		43 - Via		44 - Tão.	
45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executor(es)					
48 - Seq. Ref.		49 - Gr. 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		58 - Assinatura do Contratado		59 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
60 - Total Procedimentos (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					

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriel Mors Pulga
 Nº da Carteira: 11.1.8892
 Instituição: IAP - Educação Básica
 Data de Nascimento: 26/01/2005

Nº da guia: 6695.005



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
21/06/2022	15:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo	Torção
	Joelho Direito	

Descrição
 Aluno em tratamento conservador em lesão prévia em menisco medial em joelho D. Não seguiu a orientação médica (acompanhamento realizado por Dr. Diógenes) de não realizar atividades de impacto e lesionou o mesmo local ao jogar futebol. Refere algia ao movimentar o membro. Aplicado gelo e arnica.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Matheus Fedrizzi	(65) 99610-0052

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Junior e Enf. Célia Damasceno	21/06/2022

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
 Autorização para internação e procedimento cirúrgico do aluno GABRIEL MORS PULGA. Autorizado o uso de OPME da empresa VITTA MED, no valor de 3.300,00 (Três mil e trezentos reais).

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 - Bigorilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
 Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
 assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Gabriel Mors Pulga
 Nº da Carteira: 11.1.8892
 Instituição: IAP - Educação Básica
 Data de Nascimento: 26/01/2005

Nº da Guia: 6695.005

Data do Retorno		Horário	Local	Atividade
21/06/2022		15:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu		Partes do corpo	Torção
		Joelho Direito	

Descrição
 Aluno em tratamento conservador em lesão prévia em menisco medial em joelho D. Não seguiu a orientação médica (acompanhamento realizado por Dr. Diógenes) de não realizar atividades de impacto e lesionou o mesmo local ao jogar futsal. Refere algia ao movimentar o membro. Aplicado gelo e arnica.

Testemunha da ocorrência		Telefone
Matheus Fedrizzi		(65) 99610-0052

Quem prestou primeiros socorros		Data
Enf. Gilberto Junior e Enf. Célia Damasceno		21/06/2022

Local de atendimento		Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HB5 - Hospital Bom Samaritano de Maringá		Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Motivo do Retorno	
Autorização para internação e procedimento cirúrgico do aluno GABRIEL MORS PULGA. Autorizado o uso de OPMF da empresa VITTA MED, no valor de R\$ 3.300,00 (Três mil e trezentos reais).	

Ass.:

Célia J. 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 - Bigorinho - Curitiba - Paraná - 80730-070
 Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
 assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno:
Nº da Carteira:
Instituição:

Data de Nascimento: 26/01/2005 Nº da Guia:

Aluno
Data da Ocorrência 14/03/2022
Horário Local
Atividade

O que aconteceu Partes do corpo

Jejão diário, pt. direito e fôlego diário

Descrição O aluno interno pedreiro que estava jogando futebol no terreno da escola interna, quando foi pego o bola, ele pisou na bola e houve a lesão interna, onde houve fratura. Ele retornou muito dor. Não consegue andar. Testemunha da ocorrência: Aluno pedreiro e pt. usando muleta Telefone 44.9961.2241

Prof. Paulo

Quem prestou primeiros socorros

Data 16/01/2021

Elton Junior

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hos. Hospital Bom So	R. Independência	93	Zona 04	44.3032.1618
Observações	44.3220.6166			

Liberação para exame pr-operatório e avaliação com o onco
texto em 14/03/22 às 09:45.

Ass: Jejão Paulo Jejão Paulo - 133102
Nome (quem registrou a ocorrência no AMA/manual)

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 - Bigorinho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Ministério da Saúde
Instituto de Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, RJ, 2002

Data de Nascimento: 20/11/75 N.º de Documento: 000.000

Nome: [] Sobrenome: []
Data de Retorno: 15/02/02 Local: []
Atividade: []

O que aconteceu:
Fatores do corpo: []
Fatores sociais: []

Detecção:
Após um tratamento clínico em uma clínica de referência, o paciente apresentou melhora dos sintomas, porém persistiu a dor no local da lesão. Foi realizada a biópsia, que revelou a presença de células atípicas, sugerindo a possibilidade de neoplasia. O paciente foi encaminhado para o tratamento cirúrgico.

Testemunha de ocorrência:
Endereço: []
Telefone: (011) 99610-6579

Quem prestou primeiros socorros:
Data: 21/08/2022

Local de atendimento:
Endereço: []
N.º Salvo: []
Telefone: (11) 3002-1010

Motivo da consulta:
N.º de atendimento: []
Data: 15/02/02

Autoretor: []
Data: 21/08/2022

CELESTIA
INSTITUTO DE
SAÚDE COLETIVA

CELESTIA INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

CELESTIA INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
RUA DO RIO DE JANEIRO, 111 - LARANJEIRA, RIO DE JANEIRO, RJ, 22240-000

CELESTIA INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

Aviso de Cirurgia : 292666
Paciente : 476406
Convênio Atend. : 59
Leito : 718
Dt. Início :
Cid Pré-Operatório : 2048
Cid Pós-Operatório : 2048

Sala : 0025 SALA 07 HBMS
GABRIEL MORS PULGA
CLINICA ADVENTISTA - CLAC
ENF 1609 - LEITO 2
Dt. Fim : 15/07/2022 21:09
EXAME E OBSERVAÇÃO POR OUTRAS RAZÕES ESPECIFICADAS
EXAME E OBSERVAÇÃO POR OUTRAS RAZÕES ESPECIFICADAS

Procedimento: 52130398
Convênio: 010
Procedimento: 30738030
Convênio: 010
Procedimento: 52130312
Convênio: 010
Anestesia: 26

MENISCORRAFIA (PRINCIPAL)
INST. ADVENTISTA-IAP
CONTROPLASTIA
INST. ADVENTISTA-IAP
SINOECTOMIA DO JOELHO
INST. ADVENTISTA-IAP
BLOQUEIO + GERAL

CIRURGIAO
ANESTESISTA

28801 DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR
18612 CELSO ANDRE SZPAK

Descrição Cirúrgica :

PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA + ANTISSEPSE + COLOCADO CAMPOS ESTEREIS PARA MEMBRO INFERIOR A DIREIT
GARROTAMENTO DE MEMBRO INFERIOR A DIREITA
PORTAIS ARTROSCOPICO ANTEROLATERAL E ANTEROMEDIAL PARA VIDEOARTROSCopia DE JOELHO DIREITO
SINOECTOMIA PARCIAL
CONDROPLASTIA
VISUALIZAÇÃO DIREITA DE LESÃO EM ALÇA DE BALDE MENISCO MEDIAL ZONA VERMELHA
REDUÇÃO DE ALÇA DE BALDE
DADO DOIS PONTOS EM MENISCO MEDIAL ALLINSIDE
TESTADO ESTABILIDADE APÓS SUTURA OK
SUTURA DE PORTAIS
SOLtura DE GARROTE
BOA PERFUSÃO PERIFERICA
AO SCUIDADOS DA ANESTESIOLOGIA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR
CRM-PR : 28801



VITA MEDI PRODUTOS MÉDICOS LTDA.
Av. 19 de Dezembro, 179, Sala 08, Zona 4
Maringá/PR - CEP: 87015-610
CNPJ: 15.314.407/0002-41
IE: 9073402520

Orgamento Nº: 38.680 de 05/07/22 - 11:41

(VITAM 5588888)

Cliente.....: HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ
E-mail.....:
Telefone.....:
Hospital.....: HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ
Paciente.....: GABRIEL MORS PULGA
Médico.....: DR. DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
Plano saúde...: INST ADVENTISTA

Código Produto	Descrição	REG. ANVISA	Marca	Qtd	VR. Unit.	VR. Total
1 1268237	PRECISION NR SUTURA MENISCO AL	80739420016	SINTEGRA SURGICAL SC	1	2.800,00	2.800,00
7033 100406664	CANULA DEBID CMA 4,5X150 LINV	81049370008	NR 2 R	1	500,00	500,00
7033 784266669						
Subtotal.....						3.300,00

Itens orçados.....: 2	Total produtos: 3.300,00
Total de unidades: 2	TOTAL GERAL.....: 3.300,00
Condição de Pagamento...: 009 - 60 DIAS	
Prazo de Entrega.....: Após confirmação de agendamento	
Validade da Proposta.....: 20/07/2022	
Frete.....: SEM FRETE	

MATEUS

Celso
Enfermeira
Coren/PR 000.602.971

VITA MEDI PRODUTOS MEDICOS LTDA.
 Av. 19 de Dezembro, 179, Sala 08, Zona 4
 Maringá/PR - CEP: 87015-610
 CNPJ: 15.314.407/0002-41
 IE: 9073402520



VitaMedi
PRODUTOS MEDICOS

Orgamento Nº: 39.217 de 18/07/22- 10:46

(VIMAN Sistemas)

Cliente.....: HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA
 E-mail.....:
 Telefone.....:
 Hospital.....: HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA
 Paciente.....: GABRIEL MORS PULGA
 Plano saúde...: IAP

Código Produto	Descrição	REG. ANVISA	Marca	Qtde	VR. unit.	VR. total
1 1268237	PRECISION MR SUTURA MENISCO AL	80739420018	SINTEGRA SURGICAL SC	1	2.800,00	2.800,00
TUS 100408664						
Subtotal.....						
2.800,00						

Itens orçados.....: 1
 Total de unidades: 1
 Total produtos: 2.800,00
 TOTAL GERAL...: 2.800,00

Condição de Pagamento...: 009 - 60 DIAS
 Prazo de Entrega.....: Após confirmação do agendamento
 Validade da Proposta...: 02/08/2022
 Frete.....: SEM FRETE

POLIANA DE FREITAS

Libran + 1 Kit suture