

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

2 - Nº Guia no Prestador 7376719000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
10/10/2022

5 - Série
7704

6 - Data de Validação da Guia
11/10/2022

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador
7704

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
11410480

9 - Validação da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
GABRIELLY ALVES SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
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
JOAO MIGUEL CASADO NETO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
27211

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Código do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
10/10/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
ou Item Assistencial

27 - CI Sólido 28 - CI Autoriz.

Dados do Contratado Encarregado

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
05

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimento e Exames Solicitados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 11/10/2022 14:30 14:50 22 41101254 RM - MEDICINA SUPERIOR UNILATERAL (RM) INCLUI RM0 E 301

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
1,0 700,88 700,88

Identificação do(a) Profissional Encarregado(a)

48 - Rg. Prof. 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 do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
700,88

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0,00

61 - Total de Materiais (R\$)
0,00

62 - Total de Cofre (R\$)
0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total de Outros Medicamentos (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
700,88

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: GSSANTOS

Data: 10/10/2022 15:28:11

Contato: 4025757

Atendimento: 7376719

CONVENIÊNCIA ADVERTISTA - CLAC

4025757

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabrielly Alves Santos

Nº da Carteirinha: 11.4.10480

Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná

Data de Nascimento: 01/06/2000

Nº da Guia: 7704.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
10/10/2022	09:45:04	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna relata que estava jogando voley e ao receber uma bola o polegar virou para trás e a mesma colocou no lugar, apresentando edema e dor no local. *2 dias 2 meses*

Testemunha da ocorrência	Telefone
Carmem Guadalupe +595 975668462	()

Quem prestou primeiros socorros	Data
CELIA TEIXEIRA DAMASCENO DA SILVA	04/09/2022

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

Liberação para a realização de exame médico. (ressonância magnética) no dedo polegar da mão direita, a ser realizada no dia 11/10/2022 as 15:30.

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

Ass.:

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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

2 - N° Guia no Prestador 93

Folha: 1 / 1

1 - Illegato ANS	3 - M. Gran Principal
0	

4 - Data de Autenticação	5 - Sentença	6 - Data Vistoria da Sentença	7 - Número da Guia Arrecada pelo Órgão
--------------------------	--------------	-------------------------------	--

6 - Número da Carteira	9 - Versão da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento à RM
11410480	31/12/2023	GABRIELLY ALVES SANTOS		N

13 - Código de Qualidade	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional
JOAO MIGUEL CASADO NETO	06
17 - Número no Contrato	18 - UF
27211	41
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
225270	

21 - Código do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
	22/09/2022	SUSPEITA DE LESÃO DE STENER POLEGAR DIREITO - URGÊNCIA - POTENCIAL CIRURGIA
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Anamnese	26 - Descrição
1	41101251	RM DE SEGMENTO ADJUNTOCULAR (UNIINTERAL)

Datos do Certificado Eleitoral

25 - Colônia da Cruz Vermelha	30 - Bairro do Cordão	31 - Caixa CEP
238763040001	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	9365230
União do Alentejo		
	GAETANELLY ALVES SANTOS 01/08/2000	

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Atividades realizadas ou doença relatada(s)	34 - Tipo de Consulta	35 - Nome do Examinante ou Examinados
4			

Ordem da Exame/ Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tempo	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - %



N:CE1141040
 Dia 7 de 11/10/2022
 Atend: 7378718
 078787

2612848

7 - Value Total (R\$)

[illegible]

66 - Data de Realização do Procedimento em Série **67 - Assinatura do Beneficiário ou Representante**

1- [] M [] A [] D [] 3- [] M [] A [] D [] 5- [] M [] A [] D [] 7- [] M [] A [] D [] 9- [] M [] A [] D []

2- [] M [] A [] D [] 4- [] M [] A [] D [] 6- [] M [] A [] D [] 8- [] M [] A [] D [] 10- [] M [] A [] D []

68 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Multas (R\$)	61 - Total Taxas de Iluminação (R\$)	62 - Total de COWE (R\$)	63 - Total do Medicamento (R\$)	64 - Total Usinas Medicinas (R\$)	65 - Total Canal (R\$)
66 - Assinatura da Responsável pelo Autopagamento	67 - Assinatura do Encarregado ou Responsável	68 - Assinatura do Contratação				

Impresso per: JACCHETTO

Date/Time: 22/01/2022 15:09:07

CONFIDENTIAL 7341679

Abstracts 7241679

Correspondence: CLÍNICA ADVENTISTA - CLAC

7341679



Atendimento:	7376719	Pedido:	2612948	Ac. Number:	3263698
Registro / Nome:	GABRIELLY ALVES SANTOS				
Data de Nascimento:	01/06/2000	Idade:	22 anos, 4 meses e 10 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	11/10/2022 14:50:00			Laudado:	18/10/2022
					08:10:42
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	JOAO MIGUEL CASADO NETO				

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO POLEGAR DIREITO

MÉTODO:

Exame de ressonância magnética realizado pelas técnicas de FSE, com ponderações em T1 e T2, com aquisições multiplanares.

ANÁLISE:

Contusão no aspecto dorsal da cabeça do metacarpo, sem a definição de fraturas.
Demais estruturas ósseas com sinal e morfologia preservada.
Superfícies condrais com espessura e sinal preservado.
Estruturas tendíneas com sinal e morfologia habitual.
Estruturas capsuloligamentares íntegras. Não há deslocamento da aponeurose dos adutores.
Polias digitais com espessura normal, sem sinais de rotura.
Ausência de formações sólidas ou císticas.
Ausência de derrame articular.

RENÉ KEIZO ARIKAWA

CRM- SP: 98744

De: Auditoria Médica – Humana Saúde

Data: ____/____/____.

Com finalidade de observação das cláusulas contratuais, é Imprescindível a apresentação dos
dados abaixo:

Usuário(a):

Procedimento / Cirurgia solicitado:

Código AMB:

1. Há quanto tempo refere início do(s) sintoma(s).

2 semanas

2. Realizados exames anteriores que justifiquem a indicação da solicitação ? Quais ?

Rx - normal

3. Já realizou alguma cirurgia ?

não

4. Tem alguma outra patologia associada?

não

5. CID10 relacionado:

S633 - suspeito lesão Stener

URGÊNCIA

João Miguel Casado
Ortopedia e Traumatologia
27/2/2015

Carimbo / Assinatura



TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

GABRIELLY ALVES SANTOS
01/08/2000 P 22x4m 116
CLINICA AD N.º 1410480

878787
Data Ped: 11/10/2022
Atend: 7378718



2812948

MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE	MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE
Abbocath Nº 18	Un	298		Luva de procedimento M	Un	999	
Abbocath Nº 20	Un	299		Luva de procedimento G	Un	998	
Abbocath Nº 22	Un	300		Luva estéril nº _____	Par		
Abbocath Nº 24	Un	301		Luva plástica	Par	1001	
Aguilha 40X12	Un	181		Luva vinil _____	Par		
Aguilha 30x7	Un	180		Máscara procedimento	Un	1081	
Aguilha 25x7	Un	179		Micropore 25 mm	Cm	145	
Aguilha tru cut 14 gx 15mm	Un	11433		Micropore 50 mm	Cm	148	
Aparelho para tricotomia	Un	1008		Polifix padrão 2 vias	Un	425	
Catéter de oxigênio	Un	7313		Preservativo sem lubrificante	Un	1058	
Compressa gaze	Pac	356		Protetor auricular	Un	7009	
Eletrodo de carbono	Un	28848		Safeflow	Un	29077	
Eletrodo desc de papel	Un	117		Seringa desc 10 ml luer lock	Un	1142	
Eletrodo meditrace	Un	6375		Seringa desc 10 ml	Un	740	
Equipo macrogotas	Un	497		Seringa desc 20 ml	Un	741	
Equipo intrafix compact air	Un	12155		Seringa desc 60 ml	Un	742	
Escalpe nº _____	Un			Sonda de aspiração nº 10	Un	745	
Esparadrapo	Cm	123		Sonda de aspiração nº _____	Un		
Extensofix 20 cm	Un	419		Stopper	Un	5725	
Extensofix 120 cm	Un	421		Torneirinhas 3 vias	Un	426	
Lanceta safe t pro uno	Un	22279		Tubo flexível do paciente	Un	29688	
Luva de procedimento P	Un	1000					

SINAIS VITAIS

Início	PA: <u>110</u> X <u>70</u> mmHg	Sat O ₂ : _____ %	Glicemia capilar: _____ mg/dl	FC: _____ bpm
Fim	PA: _____ X _____ mmHg	Sat O ₂ : _____ %	Glicemia capilar: _____ mg/dl	FC: _____ bpm

Ligado oxigênio: _____ : _____ l/min Desligado oxigênio: _____ : _____ l/min

Relatório de enfermagem / Rastreabilidade

Exame realizado com intervenção

Jaqueline Benatto
Enfermeira

COREN-PR: 409.875

Carimbo e assinatura da enfermagem