

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

2 - Nº Guia no Prestador 7377034000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal																																																						
4 - Data de Autorização 11/10/2022	5 - Suma 8462	6 - Data de Validade da Guia 8462	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 8462																																																				
8 - Nome do Beneficiário 9 - Número da Carteira 31/12/2023 10 - Nome FELIPE STAUT PAES LANDIM 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898002362764364 12 - Atendimento a RN N																																																							
13 - Código da Operação 23876304000112 14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A 15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 41325 18 - UF 41 19 - Código CBO 225125 20 - Assinatura do Profissional Solicitante																																																							
21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 11/10/2022 23 - Indicação Clínica																																																							
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - 30 - SBC 28 - Cx. Autoriz.																																																							
29 - Código no Operadora 23876304000112 30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A 31 - Código CBO 9365230																																																							
32 - Tipo Atendimento 11 33 - Indicação de Acidente (qualquer ou doença relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																																																							
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição <table> <tr> <td>1</td> <td>11/10/2022</td> <td>17:14</td> <td>17:14</td> <td>22</td> <td>30711.010</td> <td>TRONCILIZACAOES NAS GESSASAS QUADRO SEGMENTO</td> <td>42 - Qtda.</td> <td>43 - Via</td> <td>44 - Rec.</td> <td>45 - Fator R/Mcr</td> <td>46 - Valor Unitário</td> <td>47 - Valor Total</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>11/10/2022</td> <td>17:31</td> <td>17:31</td> <td>22</td> <td>10101.039</td> <td>CONSULTA EM PRONTO SOCORRO</td> <td>001</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0,5</td> <td>5,25</td> <td>5,25</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>11/10/2022</td> <td>17:32</td> <td>17:32</td> <td>22</td> <td>40603.120</td> <td>RX - MÃO DO QUADRANTE DEXTRO</td> <td>001</td> <td>1</td> <td>1,0</td> <td>1,00</td> <td>100,00</td> <td>100,00</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>11/10/2022</td> <td>17:55</td> <td>17:55</td> <td>22</td> <td>30722.420</td> <td>FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALANGES INTERFALANGEAN</td> <td>001</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1,0</td> <td>56,50</td> <td>56,50</td> </tr> </table>				1	11/10/2022	17:14	17:14	22	30711.010	TRONCILIZACAOES NAS GESSASAS QUADRO SEGMENTO	42 - Qtda.	43 - Via	44 - Rec.	45 - Fator R/Mcr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total	2	11/10/2022	17:31	17:31	22	10101.039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001	2	1	0,5	5,25	5,25	3	11/10/2022	17:32	17:32	22	40603.120	RX - MÃO DO QUADRANTE DEXTRO	001	1	1,0	1,00	100,00	100,00	4	11/10/2022	17:55	17:55	22	30722.420	FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALANGES INTERFALANGEAN	001	1	1	1,0	56,50	56,50
1	11/10/2022	17:14	17:14	22	30711.010	TRONCILIZACAOES NAS GESSASAS QUADRO SEGMENTO	42 - Qtda.	43 - Via	44 - Rec.	45 - Fator R/Mcr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total																																											
2	11/10/2022	17:31	17:31	22	10101.039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001	2	1	0,5	5,25	5,25																																											
3	11/10/2022	17:32	17:32	22	40603.120	RX - MÃO DO QUADRANTE DEXTRO	001	1	1,0	1,00	100,00	100,00																																											
4	11/10/2022	17:55	17:55	22	30722.420	FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALANGES INTERFALANGEAN	001	1	1	1,0	56,50	56,50																																											
48 - Sig. Rat. 49 - Gr. Pact. 50 - Cód. na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional <table> <tr> <td>1</td> <td>12</td> <td>23876304000112</td> <td>IVAN SANTINI SILVA</td> <td>52 - Conselho Prof</td> <td>53 - Número no Conselho</td> <td>54 - UF</td> <td>55 - Código CBO</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>12</td> <td>23876304000112</td> <td>IVAN SANTINI SILVA</td> <td>06</td> <td>32982</td> <td>41</td> <td>215270</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>12</td> <td>23876304000112</td> <td>IVAN SANTINI SILVA</td> <td>06</td> <td>32982</td> <td>41</td> <td>215270</td> </tr> </table>				1	12	23876304000112	IVAN SANTINI SILVA	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO	2	12	23876304000112	IVAN SANTINI SILVA	06	32982	41	215270	4	12	23876304000112	IVAN SANTINI SILVA	06	32982	41	215270																												
1	12	23876304000112	IVAN SANTINI SILVA	52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO																																																
2	12	23876304000112	IVAN SANTINI SILVA	06	32982	41	215270																																																
4	12	23876304000112	IVAN SANTINI SILVA	06	32982	41	215270																																																
56 - Data de Realização do Procedimento em São Paulo 57 - Assinatura do Beneficiário ou Representante 58 - Observação / Justificativa																																																							
59 - Total de Procedimentos (R\$) 197,39 60 - Total de Taxas e Autopag (R\$) 0,00 61 - Total de Materiais (R\$) 5,51 62 - Total de CPME (R\$) 0,00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00 64 - Total de Guias Médicas (R\$) 0,00 65 - Total Geral (R\$) 202,90																																																							
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Representante 68 - Assinatura do Contratado																																																							

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS (para Guia de SR/SADI e Resumo de Internação)

Página: 1/1

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada	
000000		8462	
Dados do Contratado Especialista			
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado	
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
Dados da Instituição			
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final
17- Registro ANVISA do Material	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.
1 - 03	11/10/2022	17-14-00	19
20 - Descrição:		TALA DE ALUMINIO M 16MMX18 CM	
		13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.
		0005800259	1
		15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
		19-Nº Autorização de Funcionamento	5,51
			5,51
21 - Total de Custos Medicament. (R\$)			
0,00			
22 - Total de Medicamentos (R\$)			
0,00			
23 - Total de Materiais (R\$)			
5,51			
24 - Total de OPRME (R\$)			
0,00			
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)			
0,00			
26 - Total de Outros (R\$)			
0,00			
27 - Total Geral (R\$)			
5,51			

Impresso por: GSSAMTOS

Data/Hora: 16/11/2022 15:35:09

Cover/Local: 4067793

Atendimento: 7377034

Exatidão/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

4067793

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Felipe Staut Paes Landin

Nº da Carteirinha: 4.36.2022

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

Data de Nascimento: 24/04/2010

Nº da Guia: 8462



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/10/2022	16:47:00	Ginásio	Intervalo

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

o aluno estava jogando volei e quando bateu na bola, ocorreu a torção do dedo mindinho da mão direita

Testemunha da ocorrência	Telefone
Roosevelt Lucas Gonzales de Melo Queiroz	(44) 9704-3012

Quem prestou primeiros socorros	Data
o Mesmo	11/10/2022

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

Observações

O pai vai levar o aluno para o atendimento

Ass.:

Sérgio Miranda

Sérgio Miranãa
Administrador Financeiro

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 8462

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Profissional
4 - Data de Autenticação	5 - Sentença
6 - Data Validação da Sentença	7 - Número da Guia Atualizado pela Credenciadora

Dados do beneficiário	8 - Número da Carteira 43620222	9 - Validade da Carteira	10 - Nome FELIPE STAUT PAES LANDIM	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898002362764364	12 - Atendimento a SM N
-----------------------	------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--	----------------------------

Dados do profissional	13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Societário PLANTAO JOHANN MATTHEUS G. CETHARDT	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 41325	18 - UF 41	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Societário
-----------------------	--	---	---	---------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitado	21 - Código do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 11/10/2022	23 - Indicação Clínica
--	---------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Análise 1 22 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Cx. Saúde	28 - Cx. Análise
-------------	--	--	----------------	------------------

Dados do Contratado Beneficiário	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 do Acidente (acidente ou doença natural)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	-----------------------	---	-----------------------	--

Dados da Execução / Procedimento e Exame Realizado	36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Dista	43 - Via	44 - Tec.	45 - N. Res? / Anexos	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
--	-----------	-------------------	-----------------	-------------	-----------------------------	----------------	------------	----------	-----------	-----------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(a) Profissional(a) Responsável	48 - Q. Prof.	49 - Q. Aut.	50 - Código na operação/CNPJ	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - Nº	55 - Código CBO
---	---------------	--------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização do Procedimento em Saúde	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observações / Justificativa
--	--	----------------------------------

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Autuas (R\$)	61 - Total Taxas de Material (R\$)	62 - Total de CPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Causa Medicinas (R\$)	65 - Total Total (R\$)
--------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autenticação	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado		
Instituto por LMM/CEDO	Data/Hora 11/10/2022 21:50:47	Carimbo 7337034	Assinatura 7337034	Carimbo NEST ADVERTISIA-609

7377034



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

2 - Nº Guia no Prestador 7377034

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
8462

4 - Data de Autorização

5 - Soma

6 - Data Valsade da Soma

7 - Número da Guia Arquivada pelo Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
FELIPE STAUT PAES LANDIM

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
898002362764364

12 - Atendimento a RH
N

13 - Código da Operadora

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

15 - Nome do Profissional Sociedade
PLANTAO JOHANN MATTHEUS G. GERTHARDT

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número do Conselho
41325

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional
JOHANN MATTHEUS G. GERTHARDT

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação
11/10/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22 40803120 RX - Mão ou quitoedactilio
2 22 30711010 Imobilizações não-gessadas (qualquer segmento)
3 22 30722420 Fraturas e/ou luxações de falanges (interfalangeanas) - redução imcrue

27 - QI Total
1 0
1 0
1 0

25 - Código na Operadora

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

27 - Código CNEB
9365230

28 - Tipo Atendimento

29 - Indicação de Adesão (caso de doença relacionada)

30 - Tipo de Consulta

31 - Motivo de Encerramento do Atendimento

32 - Data

33 - Ht Inicial 38 - Ht Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - QI 43 - Vlt 44 - Tec.

45 - % Real / Acum. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional (Assistente)

48 - Org. Prof. 49 - Gr. Prof. 50 - Código na Operadora CPE 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 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

61 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LIMA/CECO

Data: 11/10/2022 21:05:03

Consultar: 7377034

Assinatura: 7377034

Contrato: HES ADVENISTA-AP

7377034



Atendimento:	7377034	Pedido:	2613072	Ac. Number:	3263840
Registro / Nome:	FELIPE STAUT PAES LANDIM				
Data de Nascimento:	24/04/2010	Idade:	12 anos, 5 meses e 17 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	11/10/2022 17:32:00			Laudado:	18/10/2022 11:53:09
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	IVAN SANTINI SILVA				

RX - MÃO DIREITA (2 INCIDÊNCIAS)

Presença de fratura completa da base volar de falange média, de 5º quirodactilo, com discreto desvio ao método.


MAYCON DE MORAIS SILVA

CRM- 38186


AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 7020540 DATA: 11/10/2022 17:31
USUÁRIO.....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 7377034 DT NASC: 24/04/2010 (12A 5M 19D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 265403 - FELIPE STAUT PAES LANDIM
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/10/2022 17:14 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT.: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

7377034

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1					
Justificativa.: TR						
Obs.: 5 QDD						

VISITA HOSPITALAR

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



[Handwritten signature]

IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982

PRESCRIÇÃO.: 7020568 DATA: 11/10/2022 17:55
USUÁRIO....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 7377034 DT NASC: 24/04/2010 (12A 5M 19D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 265403 - FELIPE STAUT PAES LANDIM
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/10/2022 17:14 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA EM 5 Q DD JOGANDO FUTEBOL HOJE
DOR E EDEMA EM 5 QDD,
BOA PERFUSAO, EDEMA EM 5 QDD, BOA PERFUSAO,
SEM DEFIIT MOTRO, SEM DEFORMIDADE , SEMINTSTABILIDADE
RX FRATURA DA BASE VOLAR DE FM DE 5 QDD
CD IMOBILIZAÇÃO
AMBULATORIO
ORIENTAÇÕES
ALTA

7377034

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MATERIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 TALA ALUMINIO MEDIA 16 MM X 18 CM	1	UNIDADE				[11/10] . 17:55

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 FRATURA DE FALANGE DE MAO - TRAT CONSERVADOR	1					[11/10] . 17:55



IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7377034 **Prontuário:** 265403 **SAME:** **Hora Atend:** 17:14 **Data Atend:** 11/10/2022
Paciente..... : FELIPE STAUT PAES LANDIM **Idade:** 12 a
Endereço..... : TRES LAGOAS
Bairro..... : JARDIM GRALHA AZUL
Cidade..... : SARANDI **UF..:** PR **CEP:** 87112200
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal.....: M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 11/10/2022 **Hora Saída :** 17:52

Prestador da Evolução Médica:	PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT
--------------------------------------	---

PROCEDIMIENTOS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Mile
ET
COR

ORT

Dados do Atendimento

Atendimento: 7377034 Data/Hora: 11/10/2022 17:14 Prioridade: Baixa
Paciente: 265403 - FELIPE STAUT PAES LANDIM Sexo: M Nasc.: 24/04/2010 (12a 5m 19d)
Prestador: 5269 - PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT Especialidade: 15 - CLINICA GERAL
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

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

Queixa principal: RELATA QUE TORCEU O QUINTO DEDO DA MÃO DIREITA HJ

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SPO2 98% DOR 5 FR 20

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 140 x 90 mmHG Pulso: 66 bpm Temperatura: 36 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distrito	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Alcool? 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: AMARELO

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: