

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

2 - Nº Guia no Prestador 7394335000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autuação
21/10/2022

5 - Sexo
8610

6 - Data de Validação da Guia
8610

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador
8610

8 - Número da Carteira
1149940

9 - Validade da Carteira
31/12/2022

10 - Nome
KAMILA VENDLER CARDOSO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a SM
N

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JF

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
28801

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Colaborante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
21/10/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - 08/08/2022 28 - 08/08/2022

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

32 - Tipo Atendimento
11

33 - Indicação de Acidente (acidente 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
1 21/10/2022 07:51 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 21/10/2022 07:52 22 40803120 RX - MMO CX QUIROMANUAL

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tot. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 100.00
001 1.0 35.64

48 - Sig. Pac. 49 - Gr. Pac. 50 - Cód. na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 28801 41 225270

56 - Data de Realização do Procedimento 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\$)
135,64

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

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

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

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

64 - Total de Gastos Médicos (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
135,64

66 - Assinatura do Responsável pela Autuação

Inferente por: GESSANTOS

Data/Hora: 16/11/2022 15:39:14

Contratado: 4087055

Atendimento: 7394335

Contratante: CLAC

4067885

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Kamila Vendler Cardoso
Nº da Carteirinha: 11.4.9940
Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná

Data de Nascimento: 04/04/2002

Nº da Guia: 8610

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/10/2022	16:15:00	Academia	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna relata que estava na academia ao se exercitar no banco. o encosto do banco caiu em sua mão. Apresenta edema, cianose, e refere muita dor

Testemunha da ocorrência

Professor Lucas

Telefone

(44) 9869-3440

Quem prestou primeiros socorros

CELIA TEIXEIRA DAMASCENO DA SILVA

Data

20/10/2022

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

A aluna foi encaminhada para a enfermaria, foi colocado bolsa de gelo e também cataplasma de dolomita. Mas necessita o encaminhamento ao medico para conduta médica.

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

Ass.: 

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

20/10/2022 16:25



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

2 - Nº Guia no Prestador 8610

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Servia	7 - Numero da Guia Atribuido pelo Operadora	12 - Atendimento a Rem N
4 - Data de Autorização	5 - Servia	8 - Data Validade da Servia	9 - Nome do Profissional Solicitante KAMILA VENDLER CARDOSO	10 - Nome do Profissional Solicitante KAMILA VENDLER CARDOSO
Dados do Beneficiário				
9 - Numero da Carteira 1149940	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	16 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	17 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO
Dados do Prestador				
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	16 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	17 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO
Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitado				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 21/10/2022	23 - Indicação Clínica	24 - UF 41	25 - Código CBO 225270
26 - Tipo de Atendimento 1	27 - Código do Procedimento 101039	28 - Descrição Consulta em pronto socorro	29 - Código CBO 225270	30 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados do Contratado				
31 - Código na Operadora 23876304000112	32 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	33 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	34 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	35 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
Dados do Atendimento				
36 - Tipo de Atendimento 37 - Indicação de Atendimento relacionada	38 - Tipo de Atendimento relacionada	39 - Tipo de Atendimento relacionada	40 - Tipo de Atendimento relacionada	41 - Tipo de Atendimento relacionada
Dados da Execução / Procedimento e Exame Realizado				
42 - Data 37 - Hr Inicial 38 - Hr Final 39 - Total 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição	42 - Data 37 - Hr Inicial 38 - Hr Final 39 - Total 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição	42 - Data 37 - Hr Inicial 38 - Hr Final 39 - Total 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição	42 - Data 37 - Hr Inicial 38 - Hr Final 39 - Total 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição	42 - Data 37 - Hr Inicial 38 - Hr Final 39 - Total 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição
Identificação (do Profissional) Executante				
43 - Seq. Prof. 40 - Gr. Prof.	44 - Seq. Prof. 40 - Gr. Prof.	45 - Seq. Prof. 40 - Gr. Prof.	46 - Seq. Prof. 40 - Gr. Prof.	47 - Seq. Prof. 40 - Gr. Prof.
50 - Data de Realização do Procedimento em Série 51 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
52 - Data de Realização do Procedimento em Série 53 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
54 - Data de Realização do Procedimento em Série 55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
56 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
58 - Data de Realização do Procedimento em Série 59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
59 - Data de Realização do Procedimento em Série 60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
60 - Data de Realização do Procedimento em Série 61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
61 - Data de Realização do Procedimento em Série 62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
62 - Data de Realização do Procedimento em Série 63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
63 - Data de Realização do Procedimento em Série 64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
64 - Data de Realização do Procedimento em Série 65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
65 - Data de Realização do Procedimento em Série 66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
66 - Data de Realização do Procedimento em Série 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
67 - Data de Realização do Procedimento em Série 68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Data de Realização do Procedimento em Série 69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
69 - Data de Realização do Procedimento em Série 70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
70 - Data de Realização do Procedimento em Série 71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
71 - Data de Realização do Procedimento em Série 72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
72 - Data de Realização do Procedimento em Série 73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
73 - Data de Realização do Procedimento em Série 74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
74 - Data de Realização do Procedimento em Série 75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
75 - Data de Realização do Procedimento em Série 76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
76 - Data de Realização do Procedimento em Série 77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
77 - Data de Realização do Procedimento em Série 78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
78 - Data de Realização do Procedimento em Série 79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
79 - Data de Realização do Procedimento em Série 80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
80 - Data de Realização do Procedimento em Série 81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
81 - Data de Realização do Procedimento em Série 82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
82 - Data de Realização do Procedimento em Série 83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
83 - Data de Realização do Procedimento em Série 84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
84 - Data de Realização do Procedimento em Série 85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
85 - Data de Realização do Procedimento em Série 86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
86 - Data de Realização do Procedimento em Série 87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
87 - Data de Realização do Procedimento em Série 88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
88 - Data de Realização do Procedimento em Série 89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
89 - Data de Realização do Procedimento em Série 90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
90 - Data de Realização do Procedimento em Série 91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
91 - Data de Realização do Procedimento em Série 92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
92 - Data de Realização do Procedimento em Série 93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
93 - Data de Realização do Procedimento em Série 94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
94 - Data de Realização do Procedimento em Série 95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
95 - Data de Realização do Procedimento em Série 96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
96 - Data de Realização do Procedimento em Série 97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
97 - Data de Realização do Procedimento em Série 98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
98 - Data de Realização do Procedimento em Série 99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
99 - Data de Realização do Procedimento em Série 100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				

Instituto por FETSCAJA

Data de Emissão 21/10/2022 07:32:34

Certificado 7394335

Assinatura 7394335

Código de Verificação INST ADVENTISTA USP

7394335



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 8610

Folha: 1 / 1

1 - Ingresso ANS	3 - Nº Guia Principal	5 - Data Validade da Guia	7 - Número da Guia Atualizada para Operadora
000000	8610		

2 - Nome do Beneficiário	4 - Nome da Operadora	6 - Nome do Profissional Solicitante	8 - Nome do Profissional Solicitante
KAMILA VENDLER CARDOSO			

10 - Número da Guia	12 - Nome do Profissional Solicitante	14 - Nome do Contratado	16 - Nome do Contratado
1149940		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

18 - Nome do Profissional Solicitante	20 - Nome do Profissional Solicitante	22 - Nome do Profissional Solicitante	24 - Nome do Profissional Solicitante
28801	28801	28801	28801

26 - Nome do Profissional Solicitante	28 - Nome do Profissional Solicitante	30 - Nome do Profissional Solicitante	32 - Nome do Profissional Solicitante
28801	28801	28801	28801

34 - Nome do Profissional Solicitante	36 - Nome do Profissional Solicitante	38 - Nome do Profissional Solicitante	40 - Nome do Profissional Solicitante
28801	28801	28801	28801

42 - Nome do Profissional Solicitante	44 - Nome do Profissional Solicitante	46 - Nome do Profissional Solicitante	48 - Nome do Profissional Solicitante
28801	28801	28801	28801

50 - Nome do Profissional Solicitante	52 - Nome do Profissional Solicitante	54 - Nome do Profissional Solicitante	56 - Nome do Profissional Solicitante
28801	28801	28801	28801

58 - Nome do Profissional Solicitante	60 - Nome do Profissional Solicitante	62 - Nome do Profissional Solicitante	64 - Nome do Profissional Solicitante
28801	28801	28801	28801

66 - Nome do Profissional Solicitante	68 - Nome do Profissional Solicitante	70 - Nome do Profissional Solicitante	72 - Nome do Profissional Solicitante
28801	28801	28801	28801

74 - Nome do Profissional Solicitante	76 - Nome do Profissional Solicitante	78 - Nome do Profissional Solicitante	80 - Nome do Profissional Solicitante
28801	28801	28801	28801

82 - Nome do Profissional Solicitante	84 - Nome do Profissional Solicitante	86 - Nome do Profissional Solicitante	88 - Nome do Profissional Solicitante
28801	28801	28801	28801

90 - Nome do Profissional Solicitante	92 - Nome do Profissional Solicitante	94 - Nome do Profissional Solicitante	96 - Nome do Profissional Solicitante
28801	28801	28801	28801

7394335



Atendimento: 7394335 Pedido: 2619376 Ac. Number: 3271734
Registro / Nome: KAMILA VENDLER CARDOSO
Data de Nascimento: 04/04/2002 Idade: 20 anos, 6 meses e 16 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 21/10/2022 07:52:00 Laudado: 25/10/2022
09:38:49
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7041961 DATA: 21/10/2022 07:51
USUÁRIO....: DECJUNIOR
ATENDIMENTO: 7394335 DT NASC: 04/04/2002 (20A 6M 18D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 583794 - KAMILA VENDLER CARDOSO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/10/2022 07:31 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

7394335

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1

Justificativa.: T

Obs.: ESQ

VISITA HOSPITALAR

2 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1



DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR
CRM-PR: 28801



PRESCRIÇÃO.: 7042044 DATA: 21/10/2022 08:17
USUÁRIO.....: PDECJUNIOR
ATENDIMENTO.: 7394335 DT NASC: 04/04/2002 (20A 6M 18D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 583794 - KAMILA VENDLER CARDOSO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/10/2022 07:31 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

QUEDA DO MESMO NÍVEL COM CONTUSÃO DE POLEGAR A ESQUERDA HA UM DIA
EF:

BEG

NEUROVASCULAR OK

DOR EM REGIÃO DE INTERFALANGEANA DISTAL

AUSENCIA D ECREPTAÇÃO OU DEFORMIDADE

RX SEM EVIDÊNCIAS DE FRATURA COM DESVIO

PLANO TERAPEUTICO:

ORIENTAÇÕES

RECEITA

RETORNO

CRM
28801

PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
CRM-PR: 28801



ORTO

Dados do Atendimento

Atendimento: 7394335 Data/Hora: 21/10/2022 07:31 Prioridade: Baixa
Paciente: 583794 - KAMILA VENDLER CARDOSO Sexo: F Nasc.: 04/04/2002 (20a 6m 18d)
Prestador: 4031 - SAMUEL MACHADO Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clinica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: PCT REFERE TRAUMA EM DEDO DA MÃO ESQ HA 1 DIA // EDEMA E DOR LOCAL

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT: 99% FR 17 DOR 3
Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 98 x 58 mmHG Pulso: 78 bpm Temperatura: 36 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito	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: VERDE

Outros

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