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

2 - Nº Guia no Prestador **7413716000000**

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
01/11/2022	8781		8781

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
11410347	31/12/2023	ERICA CAYLA SOUZA RAMIRES		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT	06	41325	41	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	01/11/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	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
04	9	1	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hr.Inicial	38-Hr.Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 31/10/2022	16:23	16:23	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	100.00	100.00
2 31/10/2022	16:24	16:24	22	40803112	RX - PUNHO	001			1.0	35.64	35.64

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48-Sq.Ref.	49-Gr.Part	50-Cód na operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
1	12	23876304000112	PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID	06	38877	41	225125

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - __/__/__ _____ 3 - __/__/__ _____ 5 - __/__/__ _____ 7 - __/__/__ _____ 9 - __/__/__ _____

2 - __/__/__ _____ 4 - __/__/__ _____ 6 - __/__/__ _____ 8 - __/__/__ _____ 10 - __/__/__ _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
135.64	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	135.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Érica Cayla Souza Ramires
Nº da Carteirinha: 11.4.10347
Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná

Data de Nascimento: 25/02/2004 | **Nº da Guia:** 8781

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/10/2022	20:50:00	Dormitório (**Ex.: residencial**)	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Braço Direito, Antebraço Direito

Descrição

A aluna refere que estava na fila para brincar no futebol de sabão, quando lá de dentro jogaram a bola e ao pegar a bola devido ao chão estar molhado, a aluna escorregou e caiu por cima do membro. sentiu dor e mal conseguia sentir a mão apresentou edema e rubor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prepa Camila	(44) 99906-9111

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prepa Camila Queiroz	30/10/2022

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 atendida na enfermaria no dia seguinte colocado gelo e dolomita, mais refere muita dor encaminhada ao hospital para atendimento medico.

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

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

2 - Nº Guia no Prestador **8781**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
11410347		ERICA CAYLA SOUZA RAMIRES		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT	6	41325	41	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	31/10/2022	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1	22	10101039	Consulta em pronto socorro	1	0

ERICA CAYLA SOUZA RAMIRES
Pront:584871
Dt.Atend:31/10/2022 Sexo:F
INST.ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVEI
PRONTO ATENDIMENTO HBSM
7413716 11410347

Dr. Nédir A. Magaldi Said
MÉDICO
CRM/PR 34.877

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	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 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 -% Red / Acresc.	46 -Valor Unitário (R$)	47 -Valor Total (R$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part	50 - Código na operadora/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

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

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
	Erica Cayla Souza Ramires	

Impresso por: DTTSUDA Data/Hora: 31/10/2022 15:03:08 Conta/Lote: 7413716 Atendimento: 7413716 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

7413716

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

2 - Nº Guia no Prestador 8781

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	8781

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
11410347		ERICA CAYLA SOUZA RAMIRES		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT	6	41325	41	225125	

Dr. Nair A. Mizoub Said
MÉDICO
CRM/PR. 38.877

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	01/11/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1 22	40803112	RX - Punho	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	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 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 -% Red / Acresc.	46 -Valor Unitário (R$)	47 -Valor Total (R$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq.Ref.	49 - Gr.Part	50 - Código na operadora/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

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

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

Impresso por: MRROCHA Data/Hora: 01/11/2022 00:51:42 Conta/Lote: 7413716 Atendimento: 7413716 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

7413716

Atendimento:	7413716	Pedido: 2626323	Ac. Number: 3280422
Registro / Nome:	ERICA CAYLA SOUZA RAMIRES		
Data de Nascimento:	25/02/2004 00:00:00	Idade: 18 anos, 8 meses e 6 dias	Sexo: F
Pedido do Exame:	31/10/2022 16:24:00		Laudado: 03/11/2022 14:22:27
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP		
Médico Solicitante:	NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID		

RX - PUNHO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.

- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Emitido Por: PNAMSAID
Data....: 31/10/2022 16:24

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 7067191 DATA: 31/10/2022 16:23
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7413716 DT NASC: 25/02/2004 (18A 8M 6D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 584871 - ERICA CAYLA SOUZA RAMIRES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 31/10/2022 15:02 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:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERE DOR EM PUNHO DIREITO APÓS TRAUMA HÁ 3 DIAS

EFO
ADM LIMITADA A DOR
PELE ÍNTEGRA, COM EDEMA DISCRETO EM PUNHO DIREITO
DOR A PALPAÇÃO EM PUNHO DIREITO

PT
RX
REAVALIO

7413716

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS **Justificativa.:** *TRAUMA* **Obs.:** *DIREITO*	1	RX				

RX
EXAME REALIZADO
DATA 31 / 10 / 22
HORÁRIO:
TÉCNICO Izandra

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

Dr. Nour A. Majzoub Said
MÉDICO
CRM/PR. 38.877

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877

PRESCRIÇÃO.: 7067310 DATA: 31/10/2022 17:15
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7413716 DT NASC: 25/02/2004 (18A 8M 6D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 584871 - ERICA CAYLA SOUZA RAMIRES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 31/10/2022 15:02 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT..: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: S422 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERO CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX NORMAL, SEM EVIDÊNCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

PT
ANALGESIA
ATESTADO
RERTORNO AMBULATORIAL SE NECESSÁRIO
A DISPOSIÇÃO

Dr. Nour A. Majzoub Said
MÉDICO
CRM/PR. 38.877

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7413716 **Prontuário:** 584871 **SAME:** **Hora Atend:** 15:02 **Data Atend:**31/10/2022
Paciente..... : ERICA CAYLA SOUZA RAMIRES **Idade:** 18 a
Endereço..... : ADVENTISTA
Bairro..... :
Cidade..... :IVATUBA **UF..:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... :INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal.....: M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 31/10/2022 **Hora Saída :** 17:21

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

Dr. Nour A. Meizoub Said
MÉDICO
CRM/PR. 38.877

PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT / 41325
CLINICA GERAL

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA
MV2000 - Sistema de Urgência/Emergência
Ficha de Triagem

[redacted]

Emitido por: WSARAUJO
Em: 31/10/2022 15:43

ortopedia

Dados do Atendimento

Atendimento: 7413716 **Data/Hora:** 31/10/2022 15:02 **Prioridade:** Baixa
Paciente: 584871 - ERICA CAYLA SOUZA RAMIRES **Sexo:** F **Nasc.:** 25/02/2004 (18a 8m 6d)
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: PACIENTE REFERE QUEDA DA PROPRIA ALTURA COM TRAUMA EM MID HÁ 01 DIA. REFERE DOR.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SPO2: 100% FR: 16 DOR: 04
Alergias: NEGA

punho (D) 3 Dias

Sinais Vitais

P.A.: 112 x 66 mmHG **Pulso:** 75 bpm **Temperatura:** 36,4 ºC

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito
Menarca:
Últ. Menstruação:
Nº de Partos:
1º Congresso Sexual:
Higiene Bucal: Boa
Cidade:

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

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ **Qual?**
Medicações:
Antecedentes Patológicos:
Histórico da Doença:
Observações: REFERE QUE TEM TROMBOFILIA HEREDITARIA.