

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

2 - Nº Guia no Prestador 7456572000000

Folha: 1 / 2

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 24/11/2022	5 - Senha 9203	6 - Data de Validade da Senha 9203
---------------------------------------	-------------------	---------------------------------------

8 - Número da Carteira 11410122	9 - Validade da Carteira 31/12/2022	10 - Nome BRUNA RAMOS DIAS	11 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
------------------------------------	--	-------------------------------	--	----------------------------

Dados do Beneficiário	13 - Código da Operadora 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
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 24/11/2022	23 - Indicação Clínica
---	----------------------------------	--	------------------------

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

Dados do Contratado Executante	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 11	33 - Indicação de Acidente (cadente ou doença relacionada) 9	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-Procedimento	41-Descrição	42-Qlde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	24/11/2022	08:07	08:07	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001		1.0	100.00	100.00
2	24/11/2022	08:08	08:08	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILO	001		1.0	35.64	35.64
3	24/11/2022	08:32	08:32	22	30728134	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO -	001	1	1.0	92.00	92.00
4	24/11/2022	08:39	08:39	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001		1.0	100.00	100.00
5	24/11/2022	08:45	08:45	22	41001010	TC - CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS	001		1.0	346.20	346.20

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)	48-Sq. Ref. 1 3 4	49-Gr. Part. 12 12 12	50-Cód na operadora/CPF 23876304000112 23876304000112 23876304000112	51-Nome do Profissional ANDRE ALBERTI CASADEI PLANTAO ANDRE ALBERTI CASADEI RAFAEL SALEM VEDOVELLO	52-Conselho Prof 06 06 06	53-Número no Conselho 38632 38632 46406	54-UF 41 41 41	55-Código CBO 225270 225270 225125
---	----------------------------	--------------------------------	---	---	------------------------------------	--	-------------------------	---

36 - Data de Realização de Procedimentos em Série	51 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	5 - ____/____/____	7 - ____/____/____	9 - ____/____/____
1 - ____/____/____	3 - ____/____/____	4 - ____/____/____	6 - ____/____/____	8 - ____/____/____
2 - ____/____/____				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\$)
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado				

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

2 - Nº Guia no Prestador 7456572000000

Folha: 2 / 2

1 - Registro ANS 000000		3 - Numero da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 24/11/2022		5 - Senha 9203	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 9203	
8 - Numero da Carteira 11410122		9 - Validade da Carteira 31/12/2022	
10 - Nome BRUNA RAMOS DIAS		11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N			
Dados do Beneficiário			
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO JOHANN MATTHEUS G. GELHARDT		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 41325		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 24/11/2022	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - QI Solicit.		28 - QI Autoriz.	
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 11		33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9	
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 1 24/11/2022 10:47 10:47 22		39 - Procedimento 40 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
41 - Qide. 42 - Via 43 - Rec. 44 - Fator R/Acr 45 - Valor Unitário 46 - Valor Total 001 1.0 100.00 100.00			

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)		52 - Conselho Prof 06		53 - Número no Conselho 43499		54 - UF 41		55 - Código CBO 225125	
48 - Sq. Ref. 1		49 - Gr. Part 12		50 - Cód na operadora/CPF 23876304000112		51 - Nome do Profissional PLANTAO LEONARDO BENI GOMES			
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\$) 773.84		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00		61 - Total de Materiais (R\$) 125.79		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 39.98	
64 - Total de Casos Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 939.61		66 - Assinatura do Contratado					
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
68 - Assinatura do Responsável pela Autorização									

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 9203								
3 - Código na Operadora 23876304000112		4 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A								
5 - Código CNES 9365230										
Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17 - Registro ANVISA do Material	18-Referência do material no fabricante									
5 - 02	24/11/2022	07:33:00	a	07:33:00	20	90007131	1	001	1.00	0.87
20 - Descrição: AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL										
2 - 03	24/11/2022	07:33:00		07:33:00	19	70138923	1	036	1.00	3.43
20 - Descrição: BD ASEPTO - DISPOSITIVO PARA INFUSAO INTRAVENOSA - BD ASEPTO 21GA										
4 - 03	24/11/2022	07:33:00		07:33:00	19	70705321	2	036	1.00	5.60
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ml (Bico Luer Slip)										
1 - 03	24/11/2022	07:33:00		07:33:00	19	70014370	2	036	1.00	2.72
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1 20 X 40 / 18G 1 1/2										
9 - 02	24/11/2022	07:33:00		07:33:00	20	90480112	1	013	1.00	24.34
20 - Descrição: BICERTO IV										
7 - 02	24/11/2022	07:33:00		07:33:00	20	90174046	1	001	1.00	3.90
20 - Descrição: DRAMIN B6 DL										
3 - 03	24/11/2022	07:33:00		07:33:00	19	70222797	1	036	1.00	114.04
20 - Descrição: EQUIPO MACROGOTAS										
8 - 02	24/11/2022	07:33:00		07:33:00	20	90470800	1	001	1.00	3.13
20 - Descrição: NOVALGINA										
6 - 02	24/11/2022	07:33:00		07:33:00	20	90123115	1	013	1.00	7.74
20 - Descrição: SORO FISIOLOGICO 0.9% 100ML SF										
21 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00										
22 - Total de Medicamentos (R\$) 39.98										
23 - Total de Materiais (R\$) 125.79										
24 - Total de OPME (R\$) 0.00										
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00										
26 - Total de Diárias (R\$) 0.00										
27 - Total Geral (R\$) 165.77										

Impresso por: GSSANTOS

Data/Hora: 14/12/2022 09:01:57

Contato/Lote: 4100774

Atendimento: 7456572

Convênio/CLINICA ADJUNTA - CLAC

4100774

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Bruna Ramos Dias
Nº da Carteira: 11.4.10122
Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná

Data de Nascimento: 13/04/2004

Nº da Guia: 9203

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/11/2022	06:30:00	Dormitório (Ex.: residencial)	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Pé Esquerdo

Descrição

Aluna estava descendo a escada. Caiu sentada, em seguida, caiu de lado, convulsionou em seguida (olhos virando, fazendo barulho estranho e tremor no corpo) a aluna não lembra. Virou o pé esquerdo. relata dor moderada no pé. Ela não lembra de bater a cabeça.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Milena Rios

(47) 99764-1939

Quem prestou primeiros socorros

Data

Milena Rios

24/11/2022

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

Aluna relata que ouviu o barulho na escada, saiu correndo, a aluna estava sentada na escada, calu para o lado esquerdo e convulsionou. A convulsão foi rápida, ela ficou chamando a aluna e ela voltou.

Ass.:

Gilberto Junior

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Bruna Ramos Dias
Nº da Carteira: 11.4.10122
Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná

Data de Nascimento: 13/04/2004

Nº da Guia: 9203

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/11/2022	06:30:00	Dormitório (Ex.: residencial)	Deslocamento interno

O que aconteceu

Queda de altura (Ex.: escada)

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

Aluna estava descendo a escada. Caiu sentada, em seguida, caiu de lado, convulsionou em seguida (olhos virando, fazendo barulho estranho e tremor no corpo) a aluna não lembra. Virou o pé esquerdo. relata dor moderada no pé. Ela não lembra de bater a cabeça.

Testemunha da ocorrência

Milena Rios

Telefone

(47) 99764-1939

Quem prestou primeiros socorros

Milena Rios

Data

24/11/2022

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

Aluna relata que ouviu o barulho na escada, saiu correndo, a aluna estava sentada na escada, caiu para o lado esquerdo e convulsionou. A convulsão foi rápida, ela ficou chamando a aluna e ela voltou.

Ass.:

Gilberto Junior

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 9203

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

3 - Nr. Guia Principal

5 - Senha

6 - Data Validade da Sanha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Número da Carteira
11410122

9 - Validade da Carteira
BRUNA RAMOS DIAS

10 - Nome
BRUNA RAMOS DIAS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário
13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO JOHANN MATTHEUS G. GELHARDT

16 - Conselho Profissional
6

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
24/11/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.
1

28 - Qt. Autoriz.
0

Dados do Contrato Excitante
29 - Código na Operadora
23876304000112

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

Dados do Atendimento
31 - Código CNES
9365230

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 - Cide
43 - Via
44 - Tec.
45 - % Rod / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) 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
55 - Código CBO

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

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/Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: JFSQUINTILHANO

Data/Hora: 24/11/2022 07:35:12

Central: 7456572

Atendimento: 7456572

Convênio: INST.ADVENTISTA-AP

7456572



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

2 - Nº Guia no Prestador 147

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

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

8 - Número da Carteira
11410122
9 - Validade da Carteira
01/02/2023
10 - Nome
BRUNA RAMOS DIAS
11 - Número do Cartão Nacional da Saúde
12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário
13 - Código da Operadora
23876304000112
14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante
RAFAEL SALEM VEDOVELLO
16 - Conselho Profissional
6
17 - Número no Conselho
46406
18 - UF
41
19 - Código CBO
225125
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Crm 46406

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caracter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
24/11/2022
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039
26 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
27 - Q.Solic
1
28 - Q.Autoriz
0

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora
238763040001
30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR
31 - Código CNES
9366230

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 - Qida
43 - Via
44 - Tec
45 - % Red / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

Identificação (do(a) Profissional(a) 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
55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
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 Médicinas (R\$)
65 - Total Gasa (R\$)

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

Impresso por: AMMORANS
Data/Hora: 24/11/2022 11:47:56
Contato: 7456572
Atendimento: 7456572
Convênio: INST ADVENTISTA-AP

7456572



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

2 - Nº Guia no Prestador 146

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

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
11410122

9 - Validade da Carteira
01/02/2023

10 - Nome
BRUNA RAMOS DIAS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

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
PLANTAO LEONARDO BENI GOMES

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
43499

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
24/11/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

27 - Qt. Solic.
1

28 - Qt. Autoriz.
0

Dados do Contrato Escatante

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 - Qtda.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(ais) Escatante(s)

48 - Sesi. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

54 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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: AMMORAS

Data/Hora: 24/11/2022 11:47:02

Conta/Lote: 7456572

Atendimento: 7456572

Convênio: INST ADVENTISTA-IAP

7456572



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

2 - Nº Guia no Prestador 9203

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
9203

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RU

11410122

BRUNA RAMOS DIAS

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

24/11/2022

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item (Anamnese)

26 - Descrição

27 - Q1 Solic

28 - Q1 Autoriz

1 22 40804097

RX - Pe ou pododactilo

1

0

2 22 41001010

TC - Crânio ou sela túrcica ou orbitas

1

0

3 22 30728134

Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento incruent

1

0

4 20 90174046

DRAMIN B6 DL

1

0

5 20 90470800

NOVALGINA

1

0

Dados do Contratado Específico

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cidade

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Rel / 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 Sítio

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

3 -

5 -

7 -

9 -

10 -

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 Cereal (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: AMMORAIS

Data/Hora: 24/11/2022 11:44:17

Contábil: 7456572

Atendimento: 7456572

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

7456572



Atendimento:	7456572	Pedido:	2641476	Ac. Number:	3299432
Registro / Nome:	BRUNA RAMOS DIAS				
Data de Nascimento:	13/04/2004	Idade:	18 anos, 7 meses e 10 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	24/11/2022 08:45:00			Laudado:	24/11/2022 14:11:59
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	RAFAEL SALEM VEDOVELLO				

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Técnica de exame:

Estudo realizado com tomógrafo multislice de 128 detectores que geraram imagens multiplanares, sem a administração de contraste endovenoso.

Relatório:

Calota craniana de aspecto normal.

Parênquima encefálico com morfologia e densidade preservada.

Espaços líquóricos subaracnóideos de aspecto habitual para a faixa etária.

Sistema ventricular de dimensões e morfologia preservadas.

Estruturas da linha média centradas.

Opinião:

Tomografia de crânio sem contraste dentro dos padrões de normalidade.

RAQUEL DE MATOS LACHOWSKI

CRM- PR: 36336



Atendimento:	7456572	Pedido:	2641407	Ac. Number:	3299349
Registro / Nome:	BRUNA RAMOS DIAS				
Data de Nascimento:	13/04/2004	Idade:	18 anos, 7 meses e 10 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	24/11/2022 08:08:00			Laudado:	29/11/2022 08:29:22
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	ANDRE ALBERTI CASADEI				

RX - PÉ ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)

Estrutura óssea conservada.

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

YAN FURQUIM DEPIERI

CRM- 48600

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 7119288 DATA: 24/11/2022 08:07
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 7456572 DT NASC: 13/04/2004 (18A 7M 12D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 587261 - BRUNA RAMOS DIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/11/2022 07:33 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.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE RELATA QUEDA DA ESCADA ONTEM A NOITE COM TRAUMA EM REGIÃO DO MEDIOPE A ESQUERDA

EFO
PELE INTEGRAL
ADM LIMITADA PELA DOR
NEUROAVASCULAR SEM ALTERAÇÕES
DOR A PALPAÇÃO EM REGIAO DO MEDIOPE ESQ

RX REAVALIO APOS

7456572

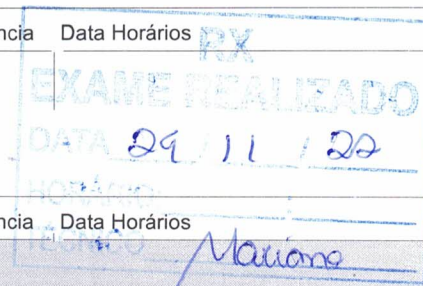
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1						
Justificativa.: T							
Obs.: T							

VISITA HOSPITALAR

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



Dr. André Alberti Casadei
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 38.632

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

PRESCRIÇÃO.: 7119390 DATA: 24/11/2022 08:32
USUÁRIO..... AACASADEI
ATENDIMENTO: 7456572 DT NASC: 13/04/2004 (18A 7M 12D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 587261 - BRUNA RAMOS DIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/11/2022 07:33 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.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

S:30

EVOLUÇÃO MÉDICA

RAIO X SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO NO MOMENTO

PLANO TERAPEUTICO:
ALTA COM ANALGESIA
ATESTADO
GELO NO LOCAL
RETORNO AMBULATORIAL
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

SOLICITO AVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL POR QUADRO DE DESMAIO + CONVULSÃO

7456572

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 TORNOZELO, LESAO LIGAMENTO AGUDA AO NIVEL - INCRUE	1					[24/11] . 08:32



Dr. André Alberti Casadei
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 38.632

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

PRESCRIÇÃO.: 7119431 DATA: 24/11/2022 08:39
USUÁRIO....: RSVEDOVELLO
ATENDIMENTO: 7456572 DT NASC: 13/04/2004 (18A 7M 12D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 587261 - BRUNA RAMOS DIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/11/2022 07:33 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.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO QUEDA DE ESCADA EM CARACOL AS 05:30, QUINTO DEGRAU, REFERE TRAUMA EM PÉ E COTOVELO ESQUERDO NA QUEDA CONTRA OS DEGRAUS DA ESCADA, COM QUEIXA DE DOR EM PÉ, MODERADA. NEGA TCE, REFERE PERDA DE CONSCIENCIA, NÃO SABE REFERIR DURAÇÃO OU FORMA COMO RECOBROU CONSCIENCIA, RELATA QUE FOI ORIENTADA POR TESTEMUNHAS CRISE CONVULSIVA DURANTE PERDA DE CONSCIENCIA, SEM INFORMAÇÕES SOBRE TIPO, DURAÇÃO OU FORMA COMO RECOBROU A CONSCIENCIA. REFERE NÁUSEAS, SEM VÔMITOS. NEGA OUTRAS QUEIXAS, NEGA OUTROS TRAUMAS. VEM POR MEIOS PROPRIOS.
VIAS AÉREAS PÉRVIAS, COLUNA CERVICAL INDOLOR, MOBILIDADE PRESERVADA.
EUPNEICA EM AR AMBIENTE, TÓRAX SIMÉTRICO E ESTÁVEL, SEM ENFISEMA OU CREPITAÇÃO, INDOLOR A PALPAÇÃO. MV + BILATERAL SEM RA.
ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, ABDOME FLÁCIDO E INDOLOR, PELVE ESTÁVEL. 2 BRNF SEM SOPROS.
GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES.
DOR A PALPAÇÃO DE PÉ ESQUERDO, SEM LIMITAÇÃO DA DEAMBULAÇÃO. COLUNA VERTEBRAL INDOLOR.

CD: ANALGESIA E ANTIEMETICO
EXAME DE IMAGEM

7456572

PRESCRIÇÃO MÉDICA

21

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 TC COMP DE CRANIO	1					
Justificativa.: TCE						

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
5 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[24/11] . 08:39
-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA				
6 C.C. DRAMIN DL, AMP 10ML, (EV)	1	AMPOLA		EV	AGORA	[24/11] . 08:40
-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML	1	FRASCO				
SISTEMA FECHADO						
7 BICERTO 100MG/100ML SOL INJ	1	BOLSA		EV	AGORA	[24/11] . 08:40

Eduardo
Eduardo
Eduardo

VISITA HOSPITALAR

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



0

RAFAEL SALEM VEDOVELLO
CRM-PR: 46406

PRESCRIÇÃO.: 7119986 DATA: 24/11/2022 10:47
USUÁRIO....: PLBGOMES
ATENDIMENTO: 7456572 DT NASC: 13/04/2004 (18A 7M 12D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 587261 - BRUNA RAMOS DIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/11/2022 07:33 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.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PELO PRONTO ATENDIMENTO

HMA: PACIENTE RELATA QUEDA DE ESCADA HÁ UM DIA APRESENTANDO DOR M PÉ E COTOVELO ESQUERDO ASSOCIADO A TCE, NO MOMENTO NEGA QUEIXAS, REALTA EPISODIOS SEMELHANTES ANTERIORMENTE, RELATA QUE TESTEMUNHA RELATOU CRISE CONVULSIVA APOS QUEDA, NEGA RECORDAÇÕES DO OCORRIDO, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

MUC: NEGA USO// NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

BEG, CH, AAA, EUPNEICO EM AA, GLASGOW 15
MV+ BILATERALMENTE S/RA
BCRNF2T SS AUDIVEL
ABDOME GLOBOSO, FLACIDO, RH+, NT, INDOLOR A PALPAÇÃO S/ VMG OU MP
TEC < 2 SEG
SEM DEFICITS NEUROLOGICOS FOCAIS

HX: LIPOTIMIA

CD: ORIENTO PACIENTE SOBRE O EPISODIO, ENCAMIMNHO A MESMA PARA NEUROLOGISTA E RTORNO SE PERSISTENCIA OU PIORA DOS SINTOMAS.

7456572

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

9 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

1						
---	--	--	--	--	--	--

Leonardo Beni Gomes
Médico
CRM/PR 43.499

PLANTAO LEONARDO BENI GOMES
CRM-PR: 43499

PRESCRIÇÃO.: 7119838 DATA: 24/11/2022 10:13
USUÁRIO....: RSVEDOVELLO
ATENDIMENTO: 7456572 DT NASC: 13/04/2004 (18A 7M 12D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 587261 - BRUNA RAMOS DIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/11/2022 07:33 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.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO, PACIENTE REFERE DESMAIO APOS MEDICAÇÃO. NÃO DABE REFERIR TEMPO DE DURAÇÃO, NÃO SABE REFERIR FORMA COMO RECOBROU CONSCIENCIA. NÃO TESTEMUNHADO, CONSCIENTE E ORIENTADA NO MOMENTO. SOLICITO AVALIAÇÃO DA CLINICA MEDICA.



RAFAEL SALEM VEDOVELLO
CRM-PR: 46406

PRESCRIÇÃO.: 7119484 DATA: 24/11/2022 08:51
USUÁRIO....: RSVEDOVELLO
ATENDIMENTO: 7456572 DT NASC: 13/04/2004 (18A 7M 12D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 587261 - BRUNA RAMOS DIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/11/2022 07:33 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.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE MANTÉM-SE CONSCIENTE E ORIENTADA, EUPNEICA EM AR AMBIENTE, ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE. EVOLUI ASSINTOMÁTICA, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. TOMOGRAFIA SEM SINAIS APARENTES DE ALTERAÇÕES AGUDAS, SEM SINAIS APARENTES DE SANGRAMENTO ENCEFÁLICO, SEM SINAIS APARENTES DE DESVIO OU DESCONTINUIDADE DE ESTRUTURAS ÓSSEAS.

CD: ALTA HOSPITALAR
ANALGESIA
ORIENTAÇÕES GERAIS, SOBRE TRAUMA, SINAIS DE ALARME E RETORNO SE NECESSÁRIO



RAFAEL SALEM VEDOVELLO
CRM-PR: 46406

Dados do Atendimento

Atendimento: 7456572 Data/Hora: 24/11/2022 07:33 Prioridade: Baixa
Paciente: 587261 - BRUNA RAMOS DIAS Sexo: F Nasc.: 13/04/2004 (18a 7m 12d)
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: PCT REFERE QUE CAIU DA ESCADA ESTA MADRUGADA COM TRAUMA EM PÉ ESQ E CONVULSIONOU LOGO EM SEGUIDA, NÃO LEMBRA DE TER BATIDO A CABEÇA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT: 99% FR 17 DOR 4
Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 160 x 90 mmHG Pulso: 97 bpm Temperatura: 36 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca: Bebe Álcool? 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:

