

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

2 - Nº Guia no Prestador 7575551000000

1 - Registro ANS 000000
3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 06/02/2023
5 - Sentia 9481

6 - Data de Validade da Sentia 9481

8 - Número da Carteira 11412618
9 - Validade da Carteira 31/12/2023
10 - Nome ENDRIEL FERNANDES DE LEMOS

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 9481
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN 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 LEONARDO ODEBRECHT
16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 26780
18 - UF 41
19 - Código CBO 225225
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento 2
22 - Data da Solicitação 06/02/2023
23 - Indicação Clínica

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

27 - Q1 Solic. 28 - Q1 Autoriz.

Dados do Contratado Executante
29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado
23876304000112 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (cadente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11 9

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tgc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 06/02/2023	15:24	15:24	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001				1,0	107,00
2 06/02/2023	15:26	15:26	22	40803120	RX - MÃO OU QUIRÓDACTILO	001				1,0	107,00
3 06/02/2023	16:11	16:11	22	30722420	FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALANGES (INTERFALANGEAN	001				1,0	56,50
						1				1,0	56,50

Identificação do(a) Profissional(a) Escalonado(a)
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
3 12 23876304000112 NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 06 38877 41 225125
225270

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\$) 199,14
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00
61 - Total de Materiais (R\$) 0,00
62 - Total de OPME (R\$) 0,00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00
64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00
65 - Total Geral (R\$) 199,14

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Endriel Fernandes de Lemos

Nº da Carteira: 11.4.12618

Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná

Data de Nascimento: 20/01/2005

Nº da Guia: 9481

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/02/2023	22:30:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição
Aluno relata que estava no ginásio jogando voley e ao defender uma bola, a mesma bateu no quinto dedo da mão E, sentindo uma dor intensa no momento. Apresenta edema local mais hematoma.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gabriel Henrique	(42) 99816-4377

Quem prestou primeiros socorros	Data
Preceptor Lucas	06/02/2023

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
Apresenta 5º dedo da mão Esquerda com hematoma e edema. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.: **Joselania Ramos Pazette Fagundes**
COREN-PR 173102 - ENF

Joselania Ramos Pazette Fagundes

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 - SPS/ADT

2 - Nº Guia no Prestador 9481



Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
11412618

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ENDRIEL FERNANDES DE LEMOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
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
LEONARDO OBERRECHT

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
26730

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
09/02/2023

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 Contratado Executante

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

D. Moura A. Marizade
CRM/PR 38.831
MÉDICO

31 - Código CNES
9365230

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
37 - Hr. Inicial
38 - Hr. Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel.

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

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: MSLSMA

Data/Hora: 09/02/2023 15:57:20

Contato: 7575551

Atendimento: 7575551

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

75755551



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

2 - Nº Guia no Prestador 7575551

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
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

11412618

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ENDRIEL FERNANDES DE LEMOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
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

LEONARDO ODEBRECHT

16 - Conselho Profissional

26780

17 - Número no Conselho

225225

18 - UF

41

19 - Código CBO

225225

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

06/02/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

1 22 40803120

2 22 3071010

3 22 30722420

RX - Mão ou quirodactílio

Imobilizações não-gessadas (qualquer segmento)

Fraturas e/ou luxações de falanges (interfalangeanas) - redução incon

27 - Qt Solic

1

1

1

1

1

28 - Qt Autoriz

0

0

0

0

0

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

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES

9365230

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 - % 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

64 - 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 OPIE (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: LMMACEDO

Data/Hora: 08/02/2023 20:49:37

Contato/Loc: 7575551

Atendimento: 7575551

Contratado: INST ADVENTISTA-LAP

75755551



Atendimento:	7575551	Pedido:	2684210	Ac. Number:	3353831
Registro / Nome:	ENDRIEL FERNANDES DE LEMOS				
Data de Nascimento:	20/01/2005	Idade:	18 anos, 0 mês e 15 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	06/02/2023 15:26:00			Laudado:	07/02/2023
					15:14:35
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID				

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7273799 DATA: 06/02/2023 15:24
USUÁRIO.....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7575551 DT NASC: 20/01/2005 (18A OM 17D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 593673 - ENDRIEL FERNANDES DE LEMOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2023 14:43 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LEONARDO ODEBRECHT SERVIÇO: CARDIOLOGIA CLINICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE RELATA TRAUMA EM MAO DIREITA EM PRATICA DESPORTIVA HA 24 HORAS
EFO
PELE INTEGRAL
5 QDC COM EDEMA E QUIMOSE LEVE
DOR A PALPAÇÃO
ADM DOLOROSA
NEUROVASCULAR PRESERVADA

PT
RX MAO DIREITA

7575551

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						

Justificativa.: DIREITA

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

PLANTÃO NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID
CRM-PR: 38877



PRESCRIÇÃO.: 7273871 DATA: 06/02/2023 16:11
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7575551 DT NASC: 20/01/2005 (18A OM 17D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 593673 - ENDRIEL FERNANDES DE LEMOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2023 14:43 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LEONARDO ODEBRECHT SERVIÇO: CARDIOLOGIA CLINICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX COM SINAIS DE FRATURA DE FALANGE DISTAL E MEDIA DO 5 QDC DA MAO DIEITA
PT
ANALGESIA
IMOBILIZACAO
RETORNO EM 2 SEMANAS

7575551

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

3 FRATURA DE FALANGE DE MAO - RED
INCRUENTA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1					[06/02]	16:11

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

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7575551 **Prontuário:** 593673 **SAME:**
Paciente..... : ENDRIEL FERNANDES DE LEMOS **Hora Atend:** 14:43 **Data Atend:** 06/02/2023
Endereço..... : CENTRO **Idade:** 18 a
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA **UF..:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...**: COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS PROCEDIMENTO
Data Saída..... : 06/02/2023 **Hora Saída** : 16:08

Prestador da Evolução Médica: **LEONARDO ODEBRECHT**

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

LEONARDO ODEBRECHT / 26780
CIRURGIA GERAL

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Compr. de gase 7.5 x 7.5 (setor) - un		Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº
	Água Oxigenada – ml		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Estenssofix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº
	Agulha descartável 25x7		Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias nº
	Agulha descartável 40x12		Cateter Central		PVPI degermante		Sonda Uretral nº _____
	Álcool Iodado – ml		Dreno de Tórax nº _____		PVPI tópic		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Eletrodo desc. de pape I- unidade		Clorhexidina Alcoólica		Sonda Nasoenteral
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Equipo Macrogotas		Seringa descartável s/ ag3ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Equipo Bomba		Seringa Descartável s/ ag5ml		Coletor Sistema Aberto
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo BIC Foto		Seringa Descartável s/ ag10ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 10cm		Escalpe nº		Seringa Descartável s/ ag20ml		Cateter Tipo óculos
	Atadura gessada 20cm		Fio Catgut simples nº _____		Seringa Descartável s/ ag60 ml		Xylocaina gel
	Benzina – ml		Fio Mononylon nº _____		Seringa Insulina		
	Bolsa de colostomia descartável		Lâmina de bisturi nº _____		Lanceta		
	Cadargo – 100cm		Lâmina p/ tricotomia				
	Cânula end. S/balão nº		Malha Tubular nº _____ cm				
	Cânula end. C/balão nº						

PROCEDIMIENTOS

Aplicação EV	Drenagem torácica	Oxigênio: Início: _____; Fim: _____	Sondagem vesical de alívio
Aplicação IM	Eletrocardiograma	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Aspiração	Glicemia Capilar	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Cardioversão elétrica	Ventilação Mecânica: Início: _____; Fim: _____	Punção Lombar	Traqueostomia
Curativo P () M () G ()	Monitorização Cardíaca: Início: _____; Fim: _____	Punção Venosa – Adulto	Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	P	T	R	SAT	DOR	
15,26	11655	32	36	18	981.	4	Reint. após trauma em mão D em prática hospitalar do 24/11. SDC com edema e quimbra leve. Condição, dor de, com início, em sangramento, dor de 1/2
							que do, sem restrição, medido R1 mão D.