

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

2 - Nº Guia no Prestador 7620039000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
06/03/2023

5 - Senha
9912

6 - Data de Validade da Senha
31/12/2024

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
9912

8 - Nome do Beneficiário
MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA

9 - Número do Cartão Nacional de Saúde
N

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

11 - Nome do Profissional Solicitante
NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID

12 - Conselho Profissional
06

13 - Número no Conselho
38877

14 - UF
41

15 - Código CBO
225270

16 - Assinatura do Profissional Solicitante

17 - Caracter do Atendimento
2

18 - Data da Solicitação
06/03/2023

19 - Indicação Clínica

20 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

21 - Código na Operadora
23876304000112

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

23 - Tipo de Atendimento
11

24 - Indicação de Acidente ou doença relacionada
9

25 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

26 - Data de Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 06/03/2023 10:40 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 06/03/2023 12:46 22 40804054 RX - JOELHO

27 - Qtd. 28 - Via 29 - Téc. 30 - Fator R/Acr 31 - Valor Unitário 32 - Valor Total
001 1.0 107.00 107.00
001 1.0 35.64 35.64

33 - Conselho Prof 34 - Número no Conselho 35 - UF 36 - Código CBO
06 32982 41 225270

37 - Sg. Ref. 38 - Cr. Part 39 - Cód na operadora/CPF 40 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 IVAN SANTINI SILVA

41 - Data de Realização de Procedimentos em Série 42 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

43 - Observação / Justificativa

44 - Total de Procedimentos (R\$)
142.64

45 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

46 - Total de Materiais (R\$)
0.00

47 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

48 - Total de CPME (R\$)
0.00

49 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

50 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

51 - Assinatura do Contratado

52 - Total Geral (R\$)
142.64

53 - Assinatura do Responsável pela Autorização

54 - Assinatura do Responsável pela Autorização

55 - Assinatura do Responsável pela Autorização

56 - Assinatura do Responsável pela Autorização

57 - Assinatura do Responsável pela Autorização

58 - Assinatura do Responsável pela Autorização

59 - Assinatura do Responsável pela Autorização

60 - Assinatura do Responsável pela Autorização

61 - Assinatura do Responsável pela Autorização

62 - Assinatura do Responsável pela Autorização

63 - Assinatura do Responsável pela Autorização

64 - Assinatura do Responsável pela Autorização

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Gabriel da Silva Miranda
Nº da Carteirinha: 4.31.6087
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 26/09/2009

Nº da Guia: 9912



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/03/2023	09:36:00	Corredor	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Joelho Esquerdo

Descrição

Aluno bateu o joelho no corrimão voltando do intervalo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	06/03/2023

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

O aluno foi atendido pelo coordenador disciplinar que forneceu gelo e pomada. Foi feito contato com o responsável.

Ass.:

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

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 **9912**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

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
4316087

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA

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
PLANTAO NATALIA CORDEIRO GANEM

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
49366

18 - UF
41

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
06/03/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22
ou Item Anexo
10101039

25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - QI Solic
1

28 - QI Autoriz
0

Dados do Contrato 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
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 - Tcc

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 - ☐ 2 - ☐ 3 - ☐ 4 - ☐ 5 - ☐ 6 - ☐ 7 - ☐ 8 - ☐ 9 - ☐ 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 RPT/RASSI

Data/Hora: 06/03/2023 10:41:26

Controle: 7620039

Atendimento: 7620039

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

76200039

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

2 - Nº Guia no Prestador 7620039

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
9912

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
4316087

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA

11 - Número da 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
NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
38877

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
06/03/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
40804054

26 - Descrição
RX - Joelho

27 - Ql. Solic.
1

28 - Ql. Autoriz.
0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

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 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec.

45 - % Red / Acreac. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel. 49 - Gr. Pat. 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 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 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



Atendimento: 7620039 **Pedido:** 2700247 **Ac. Number:** 3374491
Registro / Nome: MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA
Data de Nascimento: 26/09/2009 **Idade:** 13 anos, 5 meses e 11 dias **Sexo:** M
00:00:00
Pedido do Exame: 06/03/2023 12:46:00 **Laudado:** 08/03/2023
16:24:21
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: IVAN SANTINI SILVA

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7332754 DATA: 06/03/2023 12:44
USUÁRIO.....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 7620039 DT NASC: 26/09/2009 (13A 5M 9D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 587311 - MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/03/2023 10:40 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

7620039

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	RX MEM INF JOELHO:A.P. - LATERAL E	1						
	Justificativa.: E							
	Obs.: EE							

RX
EXAME REALIZADO
DATA: / /
HORARIO: :
TÉCNICO:

IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982

PRESCRIÇÃO.: 7332817 DATA: 06/03/2023 13:21
USUÁRIO.....: PNAMSAID
ATENDIMENTO.: 7620039 DT NASC: 26/09/2009 (13A 5M 9D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 587311 - MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/03/2023 10:40 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

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

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7620039 **Prontuário:** 587311 **SAME:**
Paciente..... : MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA
Endereço..... : AVENIDA JOAO PAULINO VIEIRA FILHO
Bairro..... : ZONA 07
Cidade..... : MARINGA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC
CID Principal..... : S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 06/03/2023

Hora Atend: 10:40 **Data Atend:** 06/03/2023
Idade: 13 a

UF...: PR **CEP:** 87020015
Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM

Hora Saída : 13:22

Prestador da Evolução Médica: **NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID**

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