

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

2 - Nº Guia no Prestador 7620840000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Número da Guia Principal  
9947

4 - Data de Autorização  
06/03/2023

5 - Senha  
9947

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

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora  
9947

8 - Número da Carteira  
11110196

9 - Validade da Carteira  
31/12/2024

10 - Nome  
ISABELLE AZEVEDO DE OLIVEIRA JANEIRO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde  
N

12 - Atendimento a RN  
N

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

21 - Caracter do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
06/03/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
25 - Código do Procedimento  
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - QI Solic

28 - QI Autoriz.

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

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hr. Inicial	38-Hr. Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtd.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	06/03/2023	15:44	15:44	22	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	107,00	107,00
2	06/03/2023	15:47	15:47	22	RX - MAO OU QUIRODACTILO	001			1.0	35,64	35,64

48-Sq. Ref. 49-Gr. Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Name do Profissional  
1 12 23876304000112 PLANTAO NOOR ALIWMAN EL MAJZOUB SAID

52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO  
06 38877 41 225125

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 142.64

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

61 - Total de Materiais (R\$) 0.00

62 - Total de OpMÉ (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00

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

65 - Total Geral (R\$) 142.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Isabelle Azevedo de Oliveira Janeiro  
**Nº da Carteira:** 11.1.10196  
**Instituição:** IAP - Educação Básica



**Data de Nascimento:** 22/10/2007

**Nº da Guia:** 9917

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
06/03/2023	06:20:00	Academia	Exercícios na academia

O que aconteceu	Partes do corpo
Pressionou o dedo em peso de 20kg	Mão Direita, 3º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluna relata que estava na academia fazendo exercícios e ao colocar um peso de 20kg no local pressionou o dedo. Apresenta equimose no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Paulo	(44) 9981-2241

Quem prestou primeiros socorros	Data
Camiã Queiroz	06/03/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações
Relata e algia e apresenta equimose no local. Encaminho para avaliação médica e conduta.

Ass.: *Joselania Ramos Pazette Fagundes*  
COREM-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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

**2 - Nº Guia no Prestador 9917**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semana

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Numero da Carteira  
11110196

9 - Validade da Carteira

10 - Nome  
ISABELLE AZEVEDO DE OLIVEIRA JANEIRO

11 - Numero do Cartão Nacional de Saude

12 - Atendimento a RN  
N

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  
6

17 - Numero no Conselho  
41325

18 - UF  
41

19 - Código CBO  
225125

20 - Assinatura do Profissional  
Dr. **Walter A. Mazoub SAM**  
MÉDICO  
CRM/PR 28.977

21 - Caráter do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
07/03/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial  
10101039

26 - Descrição  
Consulta em pronto socorro

27 - Q1 Solic.  
1

28 - Q1 Autoriz.  
0

29 - Código na Operadora  
23876304000112

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

31 - Código CINES  
9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hr Inicial

38 - Hr Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Tec

45 - % Red / Acres

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq Ref

49 - Gr Part

50 - Código na operacional/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Assinatura do Contratado

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 OPI/UE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

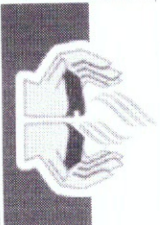
65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura de 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 **7620840**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal 9917	6 - Data Validade da Sanha	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Sanha	10 - Nome ISABELLE AZEVEDO DE OLIVEIRA JANEIRO	11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

8 - Numero da Carteira 11110196	9 - Validade da Carteira	12 - Atendimento a RN N
------------------------------------	--------------------------	----------------------------

13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	18 - UF 41	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---	---------------	---------------------------	---

15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT	16 - Conselho Profissional 6	17 - Numero no Conselho 41325	21 - Cardeir do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 07/03/2023	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição RX - Mao ou quadractilio	27 - Ql Solic 1	28 - Ql Autoriz 0
---	---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--	------------------------	------------------	--	--	--------------------	----------------------

Dados do Contrato Executante		31 - Código CNES 9365230	
29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		

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

Dados de Execução / Procedimentos e Exams Realizados		42 - Qlde.		43 - Via		44 - Tec.		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição								

Identificação do(a) Profissional(a) Exccante(s)		52 - Conselho Profissional		53 - Numero no Conselho		54 - UF		64 - Código CBO	
48 - Seq. Ref	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional						

56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa					
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -

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
---	--	-------------------------------

**\*7620840\***

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

PRESCRIÇÃO.: 7333263 DATA: 06/03/2023 15:44  
USUÁRIO....: PNAMSAID  
ATENDIMENTO: 7620840 DT NASC: 22/10/2007 (15A 4M 14D)  
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP  
PACIENTE...: 596262 - ISABELLE AZEVEDO DE OLIVEIRA JANEIRO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 06/03/2023 15:19 0 DIAS(S) INT  
MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT SERVIÇO: CLINICA MEDICA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE RELATA QUE PRENSOU O DEDO DA MÃO HOJE NA ACADEMIA, REFERE DOR EM FALANGE DISTAL DO 3º QDD

EFO  
PELE INTEGRAL  
ADM TOTAL POREM DOLOROSA  
EQUIMOSE EM FALANGE DISTAL DO 3º QDD  
NEUROVASCULAR OK

RX REAVALIO APOS

**\*7620840\***

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						
Justificativa.: AP + PERFIL DO 3º QDD							
Obs.: T							

#### VISITA HOSPITALAR

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

RX  
EXAME REALIZADO  
DATA: \_\_\_\_\_  
HORÁRIO: \_\_\_\_\_  
TÉCNICO: \_\_\_\_\_

Dr. Nour A. Majzoub Said  
MÉDICO  
CRM/PR. 38877

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID  
CRM-PR: 38877



PRESCRIÇÃO.: 7333368 DATA: 06/03/2023 16:18  
USUÁRIO....: PNAMSAID  
ATENDIMENTO.: 7620840 DT NASC: 22/10/2007 (15A 4M 14D)  
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP  
PACIENTE....: 596262 - ISABELLE AZEVEDO DE OLIVEIRA JANEIRO  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 06/03/2023 15:19 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT SERVIÇO: CLINICA MEDICA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - 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

**\*7620840\***

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Appl	Frequência	Data	Horários	
3	C.C. TRAMAL 100MG 2ML INJ (MPP)	1	AMPOLA	EV	AGORA	[06/03]	16:18	Reason
	-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML	1	FRASCO					
	SISTEMA FECHADO							
4	C.C. PLAMET 10MG/2ML, AMP 2ML, (EV, IM)	1	AMPOLA	EV	AGORA	[06/03]	16:18	
	-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA					
5	BICERTO 100MG/100ML SOL INJ	1	BOLSA	EV	AGORA	[06/03]	16:19	Reason

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

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID  
CRM-PR: 38877

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
1	Abocanh nº 22	Compr. de gaze 7,5 x 7,5 (setor) - um	Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº		
1	Água Oxigenada - ml	Compr. de gaze tipo queijo (45cm)	Estensofix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº		
1	Agulha descartável 25x7	Comp. Cirúrgica estéril	Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias nº		
1	Agulha descartável 40x12	Castor Central	PVP1 degermante		Sonda Uretral nº		
	Alcool Iodado - ml	Draino de Turax nº	PVP1 Iópico		Sonda Nasogástrica longa nº		
	Atadura algodão ortopédica 10cm	Elastrodo desc. de papel - unidade	Cloroxefina Alcolica		Sonda Nasoenteral		
	Atadura algodão ortopédica 20cm	Equipo Macroqtes	Seringa descartável 30x3ml		Betla Cnietora Sistema Fechado		
	Atadura crepom (PS/OO) 10cm	Equipo Bomba	Seringa Descartável 50x5ml		Colutor Sistema Aberto		
	Atadura crepom (PS/OO) 20cm	Equipo BIC Foleo	Seringa Descartável 50x10ml		Tala de Alumínio P ( ) M ( ) G ( )		
	Atadura gaseada 10cm	Escalpa nº	Seringa Descartável 50x2ml		Cateter tipo lúculos		
	Atadura gaseada 20cm	Fio Cagul suturas nº	Seringa Descartável 50x0,5ml		Xylocaina gel		
	Benzina - ml	Fio Mononylon nº	Solupa insulina				
	Polvo de colostomia descartável	Lâmina de basim nº	Latices				
	Chargo - ( ) 00cm	Lamina p/ proctomia					
	Cartão enl. Sphako nº	Medula Tumbar nº					
	Cartão enl. Cidulao nº						

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Diagnose torácica	Oxigeno face	Fin	Sondagem vesical de rlivro
Aplicação IM	Electrocardiograma	Passagem de Cateter Venoso Central		Sondagem vesical de demora
Aspiração	Glicemia Capilar	Punção abdominal		Sondagem nasogástrica
Cardioversão elétrica	Ventilação Mecânica Início	Punção Lombár		Traqueostomia
Curativo P ( ) M ( ) G ( )	Monitorização Cardíaca Início	Punção Venosa - Adulto		Ventilação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Paciente relata que passou o dedo da mão  
hoje na acastimia, referiu dor em polange distal  
de 3:ADD, realizou Rx, recebeu medicações  
já pupurada, alta após                      meia

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

**Atendimento.....** : 7620840    **Prontuário:** 596262    **SAME:**    **Hora Atend:** 15:19    **Data Atend:**06/03/2023  
**Paciente.....** : ISABELLE AZEVEDO DE OLIVEIRA JANEIRO    **Idade:** 15 a  
**Endereço.....** : RUA GLEBA  
**Bairro.....** :  
**Cidade.....** : IVATUBA    **UF..:** PR    **CEP:** 87130000  
**Convênio.....** : INST.ADVENTISTA-IAP    **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF  
**CID Principal.....**: S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA  
**CID's Secundários. :**  
**Resultado.....**: ALTA APOS CONSULTA  
**Data Saída.....** : 06/03/2023    **Hora Saída :** 16:20

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

Dr. Nou A. Majzoub Said  
MÉDICO  
CRM/PR-38.877