

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

2 - Nº Guia no Prestador 7939580000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 29/08/2023 5 - Senha 13070 6 - Data de Validade da Senha 13070 7 - Número da Guia Arquivado pela Operadora

8 - Número da Carteira 11412711 9 - Validade da Carteira 31/12/2023 10 - Nome NATHAN GABRIEL FERNANDES CAVALHEIRO 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 JOAO HENRIQUE BAHL 16 - Conselho Profissional 06 17 - Número no Conselho 38166 18 - UF 41 19 - Código CBO 225225 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 29/08/2023 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. 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 04 33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 1 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 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 29/08/2023	16:24	16:24	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	100.00	100.00
2 29/08/2023	16:25	16:25	22	40803120	RX - MÃO OU QUIRODACTILO	001			1.0	35.64	35.64
3 29/08/2023	16:48	16:48	22	40803120	RX - MÃO OU QUIRODACTILO	001			1.0	35.64	35.64

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

48 - Sg. Ref. 1 49 - Gr. Part. 12 50 - Cód na operadora/CPE 23876304000112 51 - Nome do Profissional IVAN SANTINI SILVA 52 - Conselho Prof 06 53 - Número no Conselho 32982 54 - UF 41 55 - Código CBO 225270

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

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de CPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
171.28	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	171.28

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

CONVENIO DE AFILIAMENTO

♥ 2003

1990

1011

1950-1951

44-38861-1457D

13070

Nome do Escrivão: Horácio Lucio

00 00 00 00 00 00

At 11:45

Desidero che questo libro sia letto da tutti
questi

0-410-2377-00

Chapa com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, etc.)

Partes do corpo

Meo Direto

304-5-30

Descrição

Mostra relato que teve um desentendimento com os alunos do quarto que não deixavam ele dormir e o mesmo conta sua experiência no dia seguinte, após a discussão eliminou a parede. Apresenta edema e equimose na mão direita.

Testemunha da ocorrência

100-44333

Telephone

92-38143-XXXX

Quem prestou primeiros socorros

1950

Data

19087023

Local de atendimento

Endereço

44

Baird

Telephone

HES - Hospital Bor Sanmatlan de
Nayarit.

Av. Independência

4

Zone 04

44 3212 1318

44-38861-4100

Observações

Observações: Apresenta edema e equimose na mão de D. relata dor forte no local. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

44

American Ramon Perez Figueroa
 COREN 07374102 - CNF
 American Ramon Perez

MEMORANDUM FOR THE RECORD

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

2 - Nº Guia no Prestador 13070

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembré

6 - Data Validade da Sembré

7 - Numero da Guia Atribuída pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

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 MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Numero no Conselho
38946

18 - UF
41

19 - Código OBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação
29/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22 10101039

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
Consult a em Pronto socorro

26 - Descrição

27 - Ql.Solic

28 - Ql.Autoriz

29 - Ql.Solic

30 - 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

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Ht.Inicial

38 - Ht.Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde

43 - Via

44 - Tdo

45 - % Red / Acresce.

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 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código OBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Saúde

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Total Procedimentos (R\$)

59 - Total de Taxas e Auspícios (R\$)

60 - Total Taxas de Material (R\$)

61 - Total de OPIVE (R\$)

62 - Total de Medicamentos (R\$)

63 - Total Gastos Medicinas (R\$)

64 - Total Geral (R\$)

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Profissional Solicitante

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: DTS/SDA

Data/Hora: 29/08/2023 15:53:20

Contato: 7939580

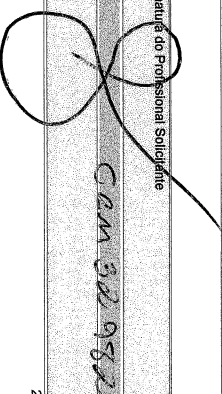
Atendimento: 7939580

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7939580

2 - Nº Guia no Prestador 79339580

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal																							
4 - Data de Autorização		5 - Senha																							
6 - Data Validada da Senha		7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora																							
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 11412711		9 - Validade da Carteira		10 - Nome NATHAN GABRIEL FERNANDES CAVALHEIRO		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 JOAO HENRIQUE BAHLS		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 38166		18 - UF 41		19 - Código CBO 225225		20 - Assinatura do Profissional Solicitante 									
21 - Cartão de Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 29/08/2023		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento 22		26 - Descrição RX - Mao ou quirodactilio		27 - Qx Solic. 2		28 - Qx 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 9366230																			
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encaminhamento 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 - Téx.		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		58 - Observação / Justificativa		59 - Data de Realização de Procedimento em Série		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPM (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: LIMMACEO

Data/Hora: 29/08/2023 19:08:29

Contat.Cde: 7339560

Atendimento: 7339560

Convênio: INST ADVENTIST-PAF

7939580

7939580



Assistência Médica Adventista



Bom dia Diego 08:23

Tudo sim e com você? 08:23

Bom Dia, Tudo Bem ? 08:35 ✓

Ótimo, obrigado por perguntar, estou com duas contas de pacientes que passaram por atendimento de urgência aqui no Hospital Bom Samaritano e devido ao tempo para liberação dos exames de imagem acabaram perdendo o prazo para envio para faturar, poderia verificar se podemos abrir uma exceção e encaminhar fora do prazo?

Nathan Gabriel Fernandes Cavaliheiro - 29/08/2023
Isabelle Saqueta Barbosa - 31/08/2023

08:28 ✓

2 MENSAGENS NÃO LIDAS

Pode sim 08:35

Muito Obrigado, um excelente dia. 08:35 ✓



Atendimento: 7939580 Pedido: 2813760 Ac. Number: 3519863
Registro / Nome: NATHAN GABRIEL FERNANDES CAVALHEIRO
Data de Nascimento: 07/11/2004 Idade: 18 anos, 9 meses e 21 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 29/08/2023 16:25:00 Laudado: 11/09/2023
16:19:02
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: IVAN SANTINI SILVA

RX - MÃO DIREITO (AP/OBLÍQUO)

Fratura completa de quinto metacarpo direito.

R EVANDRO TOLOTTI LEITE

CRM- 51733

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento: 7939580 Pedido: 2813778 Ac. Number: 3519889
Registro / Nome: NATHAN GABRIEL FERNANDES CAVALHEIRO
Data de Nascimento: 07/11/2004 Idade: 18 anos, 9 meses e 21 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 29/08/2023 16:48:00 Laudado: 11/09/2023
16:19:26
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: IVAN SANTINI SILVA

RX - MÃO DIREITA (AP/OBLÍQUO)

Fratura de colo de quinto metacarpo com desvio anterior.

R EVANDRO TOLOTTI LEITE

CRM- 51733

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 7762901 DATA: 29/08/2023 16:24
USUÁRIO....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 7939580 DT NASC: 07/11/2004 (18A 9M 22D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 612386 - NATHAN GABRIEL FERNANDES CAVALHEIRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/08/2023 15:29 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: JOAO HENRIQUE BAHLS SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

7939580

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

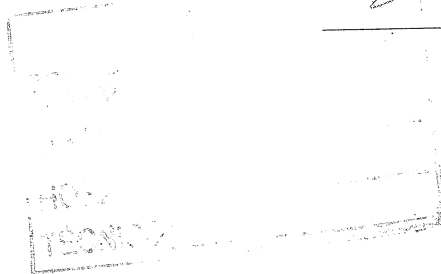
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1					
Justificativa.: tr						
Obs.: d						

VISITA HOSPITALAR

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



IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982



1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 7762962 DATA: 29/08/2023 16:47
USUÁRIO....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 7939580 DT NASC: 07/11/2004 (18A 9M 22D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 612386 - NATHAN GABRIEL FERNANDES CAVALHEIRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/08/2023 15:29 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: JOAO HENRIQUE BAHLS SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

7939580

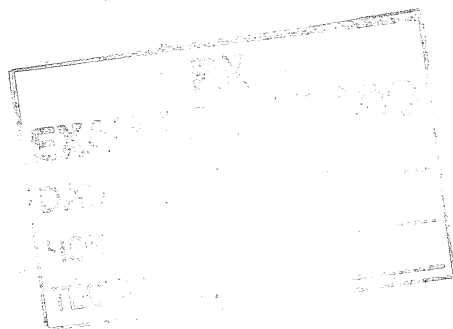
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1					
Justificativa.: TR						
Obs.: PERFIL						



IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982



1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 7763131 DATA: 29/08/2023 17:45
USUÁRIO....: ISSILVA
ATENDIMENTO.: 7939580 DT NASC: 07/11/2004 (18A 9M 22D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 612386 - NATHAN GABRIEL FERNANDES CAVALHEIRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/08/2023 15:29 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: JOAO HENRIQUE BAHLs SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

trauma em mao d há 2 dias
edema e equimose em mao d
boa perfusao, sem defixci toro
rx fratura de colo de 5 mtd com desvio volar
cd imobilização
orientações sobre necessidade de procedimento cirurgico



IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982