

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

2 - Nº Guia no Prestador 7944338000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

4 - Data de Autorização 31/08/2023

5 - Sentia 13133

6 - Data de Validade da Sentia 13133

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador 13133

8 - Número da Carteira 4316380

9 - Validade da Carteira 31/12/2023

10 - Nome ISABELLE SAQUETA BARBOSA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

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 LUAN CELSO GONCALVES

16 - Conselho Profissional 06

17 - Número no Conselho 3151.7

18 - UF 41

19 - Código CBO 226270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 31/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição

27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz.

29 - Código na Operadora 23876304000112

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

31 - Código CNES 9366230

32 - Tipo Atendimento 04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9

34 - Tipo de Consulta 1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 425.54

60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$) 74.17

61 - Total de Materiais (R\$) 0.00

62 - Total do CPME (R\$) 0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00

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

65 - Total Geral (R\$) 499.71

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

4453164

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabelle Saqueta Barbosa
Nº da Carteira: 4.31.6380
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4



Data de Nascimento: 09/02/2011

Nº da Guia: 13133

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/08/2023	14:55:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Antebraço Direito

Descrição

DURANTE A AULA DE EDUCAÇÃO FISICA OUTRO ALUNO ESBARROU E ACABOU DERRUBANDO E MACHUCANDO O PULSO

Testemunha da ocorrência	Telefone
Mateus	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Mateus	31/08/2023

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

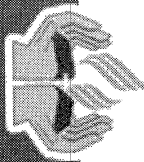
DURANTE A AULA DE EDUCAÇÃO FISICA OUTRO ALUNO ESBARROU E ACABOU DERRUBANDO E MACHUCANDO O PULSO

Ass.:

Anselmo Silva Santos

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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 7944338

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

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ISABELLE SAQUETA BARBOSA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a SN

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

PLANTÃO ISABEL GONCALVES GONCALVES

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

45.731

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR: 31.517 / TEOT 15107

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

31/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - QI Solic.

1

28 - QI 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

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 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cidr. 43 - Via

44 - Tec.

45 - % Real / 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

55 - 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 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de Omb. (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LUNAMARINO

Data/Hora: 31/08/2023 19:26:38

Contat./Cde: 7944338

Atendimento: 7944338

Convênio: INST.ADVENTISTA-AP

7944338



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

2 - Nº Guia no Prestador 7944338

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data Validade da Semha

7 - Número de Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

6 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ISABELLE SAQUETA BARBOSA

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

LUAN CELSO GONCALVES

16 - Conselho Profissional

3151.7

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Cam 3.15.17

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carteira do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

31/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

22

26 - Descrição

RX - Punho

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

31 - Código CNES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (paciente 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

42 - Cide

43 - Via

44 - Tdc

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

55 - 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 de Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (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: 31/08/2023 22:46:44

Contat/Out: 7944338

Atendimento: 7944338

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

7944338



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

2 - Nº Guia no Prestador 7944338

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 4316380

9 - Validade da Carteira

10 - Nome ISABELLE SAQUETA BARBOSA

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 LUAN CELSO GONCALVES

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 3151.7

18 - UF 41

19 - Código CBO 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante CAM 31517

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 31/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql. Solic.	28 - Ql. Autoriz.
1 22 30721180	Fraturas e/ou luxações do punho - redução inconfluenta	1	0
2 22 30712092	Luva	1	0
3 22 30721130	Fratura de punho - tratamento conservador	1	0

Dados do Contrato Existente

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 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 - Qlde

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(es) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gt. 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 Sétile

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 OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicionais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



Assistência Médica Adventista



Bom Dia, Tudo Bem ?

08:05 ✓

Bom dia Diego 08:23

tudo sim e com voce? 08:23

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 Cavalcheiro - 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:	7944338	Pedido:	2815285	Ac. Number:	3521866
Registro / Nome:	ISABELLE SAQUETA BARBOSA				
Data de Nascimento:	09/02/2011	Idade:	12 anos, 6 meses e 21 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	31/08/2023 19:50:00			Laudado:	11/09/2023
				16:43:06	
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	LUAN CELSO GONCALVES R				

RX - PUNHO DIREITO (AP/PERFIL)

Fratura em tórus radio direito.

R EVANDRO TOLOTTI LEITE

CRM- 51733

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 7768394 DATA: 31/08/2023 19:48
USUÁRIO.....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 7944338 DT NASC: 09/02/2011 (12A 6M 21D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 612575 - ISABELLE SAQUETA BARBOSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 31/08/2023 19:25 0 DIAS(S) INT

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

DOR PUNHO DIREITO

NEUROVASCULAR OK
ADM COMPLETA POREM DOLOROSA
PELE INTEGRA

CD:
- RX

7944338

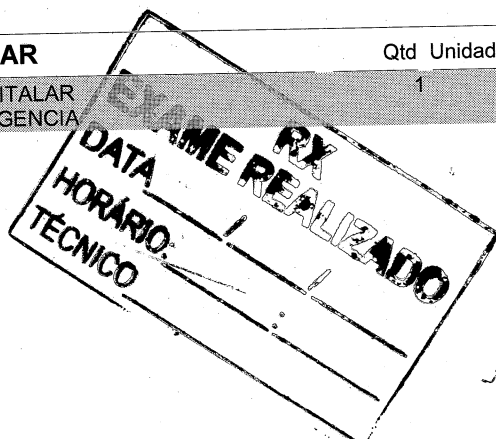
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX PUNHO AP-LAT	1						
Justificativa.: DIR							

VISITA HOSPITALAR

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



Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR: 31.517 / TEOT 15102

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 7768421 DATA: 31/08/2023 20:07
USUÁRIO.....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 7944338 DT NASC: 09/02/2011 (12A 6M 21D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE.....: 612575 - ISABELLE SAQUETA BARBOSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 31/08/2023 19:25 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUAN CELSO GONCALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX COM FRATURA RADIO DISTAL DIREITO - TIPO TORUS

CD;
- ORIENTAÇÕES
- IMOBILIZAÇÃO GESSADA
- ANALGESIA
- RETORNO AMBULATORIAL

7944338

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 FRATURA DO PUNHO - TRAT CONSERVADOR	1					[31/08] . 20:07
4 IMOBILIZACAO LUVA GESSADA	1					[31/08] . 20:07
5 PUNHO, FRATURA/LUXACAO DO - INCRUENTO	1					[31/08] . 20:07

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR: 31.517 / TEOT/15107

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517

