

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

2 - Nº Guia no Prestador 7952455000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
05/09/2023

5 - Saúde

13237

6 - Data de Validade da Saúde

13237

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira
11110090

9 - Validade da Carteira

31/12/2023

10 - Nome

MARIA LUIZA ALVES AFONSO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RI
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

ANDRE ALBERTI CASADEI

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

38632

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

05/09/2023

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 (paciente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

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	05/09/2023	19:29	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001				1.3	100.00
2	05/09/2023	19:32	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001				35.64	35.64
3	05/09/2023	19:32	22	40804097	RX - PE OU PODOCACTILO	001				35.64	35.64
4	05/09/2023	20:01	22	30728134	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO -	001	1			119.60	119.60

Identificação (In)do Profissional(ais) Executante(s)

48-Sq. Ref.	49-Gr. Part	50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
1	12	23876304000112	IVAN SANTINI SILVA	06	41	225270
4	12	23876304000112	PLANTAO ANDRE ALBERTI CASADEI	06	41	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\$)
290.88

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de CPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)
290.88

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Luiza Alves Afonso
Nº da Carteira: 11.1.10090
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 03/10/2007

Nº da Guia: 13237



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/09/2023	16:43:00	Ginásio	Treinamento para campeonato

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição
Aluna relata que estava no treinamento para um campeonato, em uma partida de volley e ao pular para receber uma bola, bateu o pé E no pé de outra jogadora, torcendo o mesmo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Luiza	(44) 99824-4778

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfº Gilberto	04/09/2023

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 edema no tornozelo E e dor intensa ao deambular.

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

12:35



Assistência Médica Adventis...



Ontem

Bom Dia, Tudo Bem?

Sou o Diego Supervisor aqui do Hospital Bom Samaritano de Maringá, gostaria de solicitar a liberação para envio de uma conta fora do prazo,

Paciente: Maria Luiza Alves Afonso
Data do atendimento: 05/09/2023
Justificativa: Tivemos um problema com o sistema de liberação do laudo de raio-x o que gerou atraso para fechamento e envio da conta.

11:12 ✓✓

Olá Boa Tarde, tudo bem ?

16:17 ✓✓

Boa tarde

16:18

Tudo bem e com vc?

16:18

Estou ótimo, obrigado por perguntar

16:20 ✓✓

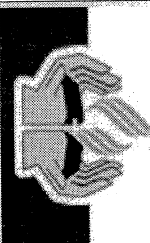
Em contato com a nossa coordenadora, a mesma liberou o envio da conta fora do prazo

16:21



Mensagem





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

2 - Nº Guia no Prestador 13237

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data Validade da Setor

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MARIA LUIZA ALVES AFONSO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atribuição a RV

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

RAFAEL HOBOLD HIDALGO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

43100.

18 - UF

41

19 - Código CBO

225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

38632

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data de Solicitação

05/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

1 22 10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

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

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 - Qlde. 43 - Via

44 - Tda.

45 - % Red / Acreto.

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 da Taxa e Anuidade (R\$)

61 - Total Taxa de Material (R\$)

62 - Total de OPIVE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Green Medication (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: AIAVA/IERA

Data/Hora: 05/09/2023 18:58:54

Contato: 7952455

Atendimento: 7952455

Contato: INST. ADVENTISTA/IA

7952455



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

2 - Nº Guia no Prestador 7952455

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sessão

6 - Data Validade da Sessão

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MARIA LUIZA ALVES AFONSO

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

ANDRE ALBERTI CASADEI

16 - Conselho Profissional

6 38632

17 - Número no Conselho

41

18 - UF

225270

19 - Código CBO

41

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

38632

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

06/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou

Item Assistencial

26 - Descrição

1 22 40804097

2 22 40804089

3 22 30728134

RX - Pe ou pododactilo
RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)
Lesoes ligamentares agudas ao nivel do tornozelo - tratamento incruent

27 - Qt. Solic.

1 1

1 1

1 1

28 - Qt. Autoriz.

1 0

1 0

1 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 (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 - Qtd. 43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

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 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: TOFREITAS

Data/Hora: 06/09/2023 00:52:21

Contat./Cte: 7952455

Atendimento: 7952455

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

7952455



Atendimento:	7952455	Pedido:	2818271	Ac. Number:	3525641
Registro / Nome:	MARIA LUIZA ALVES AFONSO				
Data de Nascimento:	03/10/2007	Idade:	15 anos, 11 meses e 2 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	05/09/2023 19:32:00			Laudado:	14/09/2023
				14:45:45	
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	IVAN SANTINI SILVA				

RX - PÉ ESQUERDO (AP/OBLIQUO)

Estrutura óssea conservada.
Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.
Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.
Não se observam fraturas desviadas ao método.

R JULIANA POLLA REINHEIMER

CRM- 52347

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento: 7952455 **Pedido:** 2818271 **Ac. Number:** 3525642
Registro / Nome: MARIA LUIZA ALVES AFONSO
Data de Nascimento: 03/10/2007 **Idade:** 15 anos, 11 meses e 2 dias **Sexo:** F
Pedido do Exame: 00:00:00 **Laudado:** 14/09/2023 14:45:46
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: IVAN SANTINI SILVA

RX - TORNOZELO ESQUERDO (AP/PERFIL)

Estrutura óssea conservada.
Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.
Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.
Não se observam fraturas desviadas ao método.


R JULIANA POLLA REINHEIMER

CRM- 52347


AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 7780173 DATA: 05/09/2023 20:01
USUÁRIO..... AACASADEI
ATENDIMENTO: 7952455 DT NASC: 03/10/2007 (15A 11M 4D)
CONVÊNIO.... INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE.... 563405 - MARIA LUIZA ALVES AFONSO
PESO..... ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/09/2023 18:58 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO..... ANDRE ALBERTI CASADEI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO

RX SEM SINAIS DE FRATURAS COM DESVIO OU LUXAÇÕES

PLANO
ANALGESIA
GELO LOCAL
REPOUSO
RETORNO SE NECESSARIO
ORIENTAÇÕES GERAIS
ATESTADO

7952455

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

4 TORNOZELO, LESAO LIGAMENTO AGUDA AO
NIVEL - INCRUE

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1					[05/09] . 20:01



ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 7780121 DATA: 05/09/2023 19:29
USUÁRIO.....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 7952455 DT NASC: 03/10/2007 (15A 11M 4D)
CONVÊNIO....: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE.....: 563405 - MARIA LUIZA ALVES AFONSO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/09/2023 18:58 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: ANDRE ALBERTI CASADEI SERVIÇO: ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM RELATO DE ENTORSE DE TORNZELO ESQUERDO ONTEM
DOR EM MALEOLO LATERAL
ADM COMPLETA
DEAMBULANDO

EFO
NEUROLOGICO OK
VASCULAR OK
PELE INTEGRAL
ADM COMPLETA
EDEMA +/++++

PLANO
SOLICITO RX
REAVALIO APÓS

7952455

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: esq	1					
2 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: esq	1					

VISITA HOSPITALAR

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

EXAME REALIZADO
DATA: _____
HORARIO: _____
TÉCNICO: Carlos

[Assinatura]

IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982