

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

2 - Nº Guia no Prestador 7964709000000

Folha: 1 / 2

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 14/09/2023		5 - Senha 13338	
6 - Data de Validade da Senha 13338		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13338	
8 - Número da Carteira 11112726		9 - Validade da Carteira 31/12/2023	
10 - Nome GABRIEL PAIVA A SILVA		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 IVAN CESAR TANAKA KUSSANO R.		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 29.159		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225225		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Carter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 13/09/2023	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contratado Emissante			
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 13/09/2023 15:52 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 100.00 100.00			
2 13/09/2023 16:13 22 40301630 CREATININA - PESQUISA E/OU DOSAGEM 001 1.0 4.75 4.75			
3 13/09/2023 16:13 22 40302318 POTÁSSIO - PESQUISA E/OU DOSAGEM 001 1.0 4.75 4.75			
4 13/09/2023 16:13 22 40302423 SÓDIO - PESQUISA E/OU DOSAGEM 001 1.0 4.75 4.75			
5 13/09/2023 16:13 22 40302580 UREIA - PESQUISA E/OU DOSAGEM 001 1.0 4.75 4.75			
Identificação do(s) Profissional(is) 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 PLANTÃO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES		06 35946. 41 225225	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - 3 - 5 - 7 - 9 -			
2 - 4 - 6 - 8 - 10 -			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPMs (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado			

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

2 - Nº Guia no Prestador 7964709000000

Folha: 2 / 2

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
14/09/2023

5 - Senha
13338

6 - Data de Validade da Senha
13338

8 - Número da Carteira
11112726

9 - Validade da Carteira
31/12/2023

10 - Nome
GABRIEL PAIVA A SILVA

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
IVAN CESAR TANAKA KUSSANO R.

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
29.159

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Solicitação
22 - Data da Solicitação
13/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição

Dados do Contrato Especial

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

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
1 13/09/2023 16:13 22 40304361 HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRACÇES (ER
2 13/09/2023 16:13 22 40311210 ROTINA DE URINA (CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS ANO
3 13/09/2023 16:13 22 41001010 TC - CRÂNIO OU SELA TÚRQUICA OU ORBITAS

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 10.55
001 1.0 10.14
001 1.0 346.20

Identificação do(a) 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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 -
9 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
485.89

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

61 - Total de Materiais (R\$)
374.47

62 - Total de OPMs (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.94

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

65 - Total Geral (R\$)
861.30

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada	
000000		13338	

Dados do Contratado Executante		5 - Código ONES	
3 - Código na Operadora		9365230	
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	

Dados da Realização		4 - Nome do Contratado	
6-CD 7-Data 8-Hora Inicia 9-Hora Final 10-Tabela 11-Código do Item		12-Qtde. 13-Unidade de Medida 14-Fator Red. / Acresc. 15-Valor Unitário - R\$ 16-Valor Total - R\$	
17-Registro ANVISA do Material 18-Referência do material no fabricante		19-Nº Autorização de Funcionamento	
5 - 03	13/09/2023 15:52:00 a 15:52:00 19	78515980	122.31
20 - Descrição: ABOCATH 20 G CATETER DE SEGURANCA FECHADO			
6 - 02	13/09/2023 15:52:00 20	90007131	0.94
20 - Descrição: AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL			
7 - 03	13/09/2023 15:52:50 19	70852057	1.48
20 - Descrição: BD MICROTAINER CONTACT-ACTIVATED LANCET - BD Microtainer Contact-Activated Lancel 1,8mm x 21G (0.81m			
4 - 03	13/09/2023 15:52:00 19	70705321	4.35
20 - Descrição: BD PLASTIPAK SERINGA HIPOD SEM AGULHA - 10ML (BICO LUER SLIP)			
1 - 03	13/09/2023 15:52:00 19	70014370	2.12
20 - Descrição: BD PRECISIONGLIDE AGULHA HIPODERMICA - 40 X 12 / 1,20 X 40 / 18G 1 1/2			
2 - 03	13/09/2023 15:52:00 19	70222797	183.81
20 - Descrição: EQUIPO MACROGOTAS			
3 - 03	13/09/2023 15:52:00 19	70223769	52.40
20 - Descrição: POLIFIX EQUIPO PARA INFUSAO SIMULTANEA DE SOLUCOES PARENTERAIS - Polifix 2			
8 - 03	13/09/2023 16:15:00 19	70001740	8.00
20 - Descrição: TIRA TESTE GLICEMIA ACCU-CHEK ACTIVE			

21 - Total de Gases Médicinas (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPMs (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.94	374.47	0.00	0.00	0.00	375.41

Impresso por: GSSANTOS

Data/Hora: 28/10/2023 18:40:51

Conta/Lote: 4453061

Atendimento: 7964709

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

4453061

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Paiva da Silva
Nº da Carteira: 11.1.12726
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 24/02/2008

Nº da Guia: 13338



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/09/2023	13:50:00	Dormitório (Ex.: residencial)	Queda da própria altura

O que aconteceu	Partes do corpo
Convulsão ?	Cabeça

Descrição

Preceptor relata que o aluno estava colocando roupa para lavar quando referiu uma tontura, ficou paralisado por alguns segundos, caindo da própria altura, batendo a lateral esquerda da cabeça no chão, apresentou diversas contrações musculares involuntárias, com sialorreia.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Benjamin	(44) 98444-6738

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

Na primeira abordagem aluno estava desorientado no tempo e no espaço. Apresenta-se sonolento e relata tontura. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

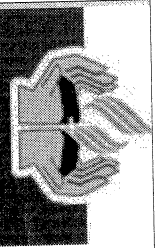
Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Ass.: _____

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



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

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
5 - Setor

4 - Data de Autorização
6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
8 - Nome do Beneficiário
9 - Validade da Carteira
10 - Nome
11 - Número do Cadastro Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN

13 - Código da Operadora
14 - Nome do Contratado
15 - Nome do Profissional Solicitante
16 - Conselho Profissional
17 - Número no Conselho
18 - UF
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição
27 - Qt. Solic.
28 - Qt. Autoriz.

29 - Observação / Justificativa
30 - Nome do Contratado
31 - Código CNES
32 - Tipo de Atendimento
33 - Indicação de Acidente (Acidente 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 - Cidr. 43 - Via
44 - Tec.
45 - % Real / Acres.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.
49 - Qi. 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 do Procedimento em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Total de Realizações (R\$)
59 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)
60 - Total da Taxa de Material (R\$)
61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
62 - Total da 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

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização
70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização
76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Responsável pela Autorização
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Responsável pela Autorização
82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Responsável pela Autorização
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Responsável pela Autorização
88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Responsável pela Autorização
91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Responsável pela Autorização
94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Responsável pela Autorização
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Responsável pela Autorização
100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Responsável pela Autorização
103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Responsável pela Autorização
106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Responsável pela Autorização
109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Responsável pela Autorização
112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
113 - Assinatura do Contratado

114 - Assinatura do Responsável pela Autorização
115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Responsável pela Autorização
118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
119 - Assinatura do Contratado

120 - Assinatura do Responsável pela Autorização
121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Responsável pela Autorização
124 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
125 - Assinatura do Contratado

126 - Assinatura do Responsável pela Autorização
127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
128 - Assinatura do Contratado

Impresso por: MSMEDES

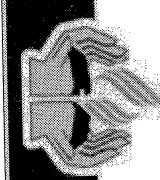
Data/Hora: 13/09/2023 16:24:59

Contat.Cole: 7964709

Atendimento: 7964709

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

7964709



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

2 - Nº Guia no Prestador 13338

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 pelo Operadora

8 - Número da Carteira
11112726

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
GABRIEL PAIVA A SILVA

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
IVAN CESAR TANAKA KUBESANO R -

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
29.159

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
14/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

1 22 40302318
2 22 40302423
3 22 40301630
4 22 40302580
5 22 40304361

potassio - pesquisa e/ou dosagem
sódio - pesquisa e/ou dosagem
creatinina - pesquisa e/ou dosagem
ureia - pesquisa e/ou dosagem
hemograma com contagem de plaquetas ou fracos (eritrograma, leucogram

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.
1 0
1 0
1 0
1 0
1 0

Dados do Contratado 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 (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 - Hr. Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde.

43 - Via

44 - Tcc

45 - % Red / Acrec.

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 do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Contratado

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

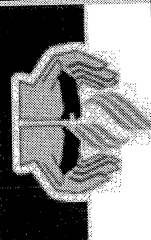
64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 13338

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data Validade da Setor

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

GABRIEL PAIVA A SILVA

11 - Numero 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

IVAN CESAR TANAKA KUBSANTOR

16 - Conselho Profissional

6

17 - Numero no Conselho

29.159

18 - UF

41

19 - Código CBO

225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

14/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

29 - Ql. Solic.

30 - Ql. Solic.

31 - Ql. Solic.

32 - Ql. Solic.

33 - Ql. Solic.

34 - Ql. Solic.

35 - Ql. Solic.

36 - Ql. Solic.

37 - Ql. Solic.

38 - Ql. Solic.

39 - Ql. Solic.

40 - Ql. Solic.

41 - Ql. Solic.

42 - Ql. Solic.

43 - Ql. Solic.

44 - Ql. Solic.

45 - Ql. Solic.

46 - Ql. Solic.

47 - Ql. Solic.

48 - Ql. Solic.

49 - Ql. Solic.

50 - Ql. Solic.

51 - Ql. Solic.

52 - Ql. Solic.

53 - Ql. Solic.

54 - Ql. Solic.

55 - Ql. Solic.

56 - Ql. Solic.

57 - Ql. Solic.

58 - Ql. Solic.

59 - Ql. Solic.

60 - Ql. Solic.

61 - Ql. Solic.

62 - Ql. Solic.

63 - Ql. Solic.

64 - Ql. Solic.

65 - Ql. Solic.

66 - Ql. Solic.

67 - Ql. Solic.

68 - Ql. Solic.

31 - Código CNES
9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Taboia

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde.

43 - Via

44 - Tpo.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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 CBO

56 - Data de Realização do 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 OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

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

Impresso por: AMMORAS

Data/Hora: 14/09/2023 08:27:08

Contatante: 7964709

Atendimento: 7964709

Convênio: INST. ADVENTISTA-MAP

7964709



Atendimento: 7964709 **Pedido:** 2823020 **Ac. Number:** 3531828
Registro / Nome: GABRIEL PAIVA A SILVA
Data de Nascimento: 24/02/2008 **Idade:** 15 anos, 6 meses e 19 dias **Sexo:** M
00:00:00
Pedido do Exame: 13/09/2023 16:19:00 **Laudado:** 14/09/2023
09:00:27
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

Protocolo: Aquisição volumétrica, sem contraste. Realizada reconstrução em alta resolução volumétrica.

Relatório:

Estruturas da calota craniana preservada.
Não há evidência de focos de hemorragia aguda intraparenquimatosa, coleções líquidas extra-axiais acima ou abaixo do tentório.
Sulcos e cisternas encefálicas preservadas.
Ventrículos laterais, III e IV ventrículos com morfologia, dimensões e topografia normais.
Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Impressão diagnóstica:

-Exame dentro dos limites normais.


MAYCON DE MORAIS SILVA

CRM- 38186


AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



LABORATÓRIO SANTA RITA

CNPJ 04.792.670/0001-49

Av. Cidade de Leiria, 538 - Fone: (044) 3262-5050 - Maringá - Paraná

CRF-PR Registro Número EM-016724/0

LABORATÓRIO PARTICIPANTE DO PROGRAMA DE CONTROLE DE QUALIDADE S.B.A.C.

RESPONSÁVEL TÉCNICO: RUBENS B.G. TEIXEIRA CRF-713



Nome: **GABRIEL PAIVA A SILVA**

Atendimento: **7964709**

Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

Data do Pedido: 13/09/2023

Idade: 15a 6m 20d RG:

Pedido: **2397457**

Leito: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM

Médico: PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO

RODRIGUES

Data da Coleta: 13/09/2023 Laudo: 13 de Setembro de 2023

Login Web: **7964709** Senha: **2397457**

PARCIAL DE URINA

Exame Macroscópico	Valores Obtidos
Volume.....	40 mL
Aspecto.....	Ligeiramente Turvo
Cor.....	Amarelo Citrino
Densidade.....	1.010
pH.....	7,0

Valores de Referência

Límpido

Amarelo Citrino

1.015 - 1.035

5,0 - 6,5

Exame Químico	
Proteínas.....	0 Até 12 mg/dL
Glicose.....	0 Negativo
Corpos Cetônicos.....	0 Negativo
Hemoglobina.....	0 Negativo
Bilirrubinas.....	0 Negativo
Urobilina.....	0 Negativo
Urobilinogênio.....	0 Até 1,0 mg/dL

Exame Microscópico	
Leucócitos.....	2.000 /mL
Hemácias.....	1.000/ml
Cilindros.....Hialinos.....	Ausente /mL
Granuloso.....	Ausente/mL
Outros.....	Ausente/mL

Até 10.000/mL

Até 5.000/mL

Ausentes

Ausentes

Ausentes

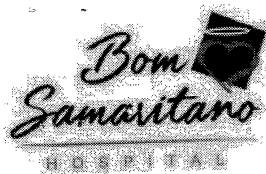
Cristais..... Fosfatos amorfos (++)

Ausentes

Filamentos de Muco..... 0
Bacterioscopia Gram..... Negativa
Bacterioscopia 2.....
Observação:

Dr(a). THIAGO HENRIQUE FERMIANO
CREM-PR 3509

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados. Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.



LABORATÓRIO SANTA RITA

CNPJ 04.792.670/0001-49

Av. Cidade de Leiria, 538 - Fone: (044) 3262-5050 - Maringá - Paraná

CRF-PR Registro Número EM-016724/0

LABORATÓRIO PARTICIPANTE DO PROGRAMA DE CONTROLE DE QUALIDADE S.B.A.C.

RESPONSÁVEL TÉCNICO: RUBENS B.G. TEIXEIRA CRF-713



Nome: **GABRIEL PAIVA A SILVA**

Atendimento: **7964709**

Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

Data do Pedido: 13/09/2023

Idade: 15a 6m 20d RG:

Pedido: **2397457**

Leito: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM

Médico: PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES

Data da Coleta: 13/09/2023 Laudo: 13 de Setembro de 2023

Login Web: **7964709** Senha: **2397457**

DOSAGEM DE POTÁSSIO

Amostra: Sangue

Método: Eletrodo Íon Seletivo

Valor de Referência

3,80 a 5,20 mEq/L

RESULTADO.....: 3,8 mEq/L

Observação:

DOSAGEM DE UREIA

Amostra: Sangue

Método: Enzimático automatizado Mindray - BS800

Valores de Referência

1 dia a 12 meses	:	2 a 34	mg/dL
1 ano a 13 anos	:	8 a 36	mg/dL
Adultos	:	15 a 40	mg/dL

RESULTADO.....: 21 mg/dL

Observação:

DOSAGEM DE SÓDIO

Amostra: Sangue

Método: Eletrodo Íon Seletivo

Valor de Referência

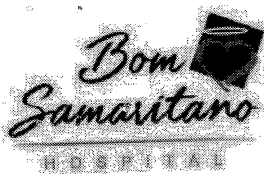
135,00 a 145,00 mEq/L

RESULTADO.....: 140 mEq/L

Observação:

Dr.(a). **THIAGO HENRIQUE FERMIANO**
CREM-PR 3509

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados. Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.



LABORATÓRIO SANTA RITA

CNPJ 04.792.670/0001-49

Av. Cidade de Leiria, 538 - Fone: (044) 3262-5050 - Maringá - Paraná

CRF-PR Registro Número EM-016724/0

LABORATÓRIO PARTICIPANTE DO PROGRAMA DE CONTROLE DE QUALIDADE S.B.A.C.

RESPONSÁVEL TÉCNICO: RUBENS B.G. TEIXEIRA CRF-713



Nome: **GABRIEL PAIVA A SILVA**

Atendimento: **7964709**

Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

Data do Pedido: 13/09/2023

Idade: 15a 6m 20d RG:

Pedido: **2397457**

Leito: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM

Médico: PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES

Data da Coleta: 13/09/2023 Laudo: 13 de Setembro de 2023

Login Web: **7964709** Senha: **2397457**

CREATININA

Material: Sangue

Método: Enzimático automatizado Mindray -- BS 800

Valores de Referência:

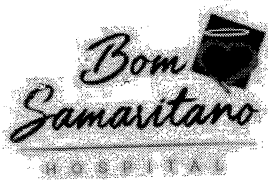
Recém-nascido	: 0,31 a 0,92	mg/dL
2 semanas a 1 ano	: 0,16 a 0,39	mg/dL
1 a 3 anos	: 0,17 a 0,35	mg/dL
3 a 9 anos	: 0,26 a 0,42	mg/dL
9 a 15 anos	: 0,32 a 0,81	mg/dL
Adultos	: 0,40 a 1,40	mg/dL

RESULTADO.....: 0,6 mg/dL

Observação:

Dr(a). THIAGO HENRIQUE FERMIANO
CREM-PR 3509

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados. Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.



LABORATÓRIO SANTA RITA

CNPJ 04.792.670/0001-49

Av. Cidade de Leiria, 538 - Fone: (044) 3262-5050 - Maringá - Paraná

CRF-PR Registro Número EM-016724/0

LABORATÓRIO PARTICIPANTE DO PROGRAMA DE CONTROLE DE QUALIDADE S.B.A.C.

RESPONSÁVEL TÉCNICO: RUBENS B.G. TEIXEIRA CRF-713



Nome: **GABRIEL PAIVA A SILVA**

Atendimento: **7964709**

Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

Data do Pedido: 13/09/2023

Idade: 15a 6m 20d RG:

Pedido: **2397457**

Leito: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM

Médico: PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO
RODRIGUES

Data da Coleta: 13/09/2023 Laudo: 13 de Setembro de 2023

Login Web: **7964709** Senha: **2397457**

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: Sangue total

ERITROGRAMA

Eritrócitos.....: **5,12 milhões/mm³**
Hemoglobina.....: **14,80 g/dL**
Hematócrito.....: **46,00 %**
V.C.M.....: **89,84 fL**
H.C.M.....: **28,91 pg**
C.H.C.M.....: **32,17 %**
R.D.W.....: **12,70 %**

Observação:

Valores de Referência (Adultos)

Homens	Mulheres
4,6 - 6,2	4,0 - 5,4
14,0 - 18,0	11,5 - 16,0
42,0 - 52,0	38 - 48
82,0 - 92,0	82 - 92
27,0 - 34,0	27 - 34
32,0 - 36,0	32 - 36
11,0 - 16,0	11 - 16

LEUCOGRAMA

Leucócitos.....:		10.480 /mm³	5.000 - 10.000/mm³
Blastos.....:	0 %	0 /mm³	0 /mm³
Promielócitos.....:	0 %	0 /mm³	0 /mm³
Mielócitos.....:	0 %	0 /mm³	0 /mm³
Metamielócitos.....:	0 %	0 /mm³	100 - 600 /mm³
Bastonetes.....:	0 %	0 /mm³	2.250 - 6.500 /mm³
Segmentados.....:	81 %	8.489 /mm³	100 - 400 /mm³
Eosinófilos.....:	1 %	105 /mm³	0 - 200 /mm³
Basófilos.....:	0 %	0 /mm³	1.250 - 4.500 /mm³
Linfócitos.....:	16 %	1.677 /mm³	0 - 100 /mm³
Linfócitos Atípicos.....:	0 %	0 /mm³	100 - 800 /mm³
Monócitos.....:	2 %	210 /mm³	0 - 100 /mm³
Plasmócitos.....:	0 %	0 /mm³	
Observação:			150.000/mm³ - 400.000/mm³
Plaquetas.....:		293.000 /mm³	

Observação:

Dr (a) . JOAO PAULO MARTINS ALVES
CRBM-PR 3498

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados. Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.

PRESCRIÇÃO.: 7798174 DATA: 13/09/2023 16:13
USUÁRIO....: PMTNRODRIGUES
ATENDIMENTO: 7964709 DT NASC: 24/02/2008 (15A 6M 20D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 613627 - GABRIEL PAIVA A SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/09/2023 15:52 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PS / CIRURGIA GERAL

PACIENTE VEM ENCAMINHADO DO COLEGIO APÓS PRESENCIAREM UM EPISODIO DE CRISE MIOCLONICA TOTAL HÁ 1 HORA, DE DURAÇÃO INCERTA, ENFERMEIRO DO COLÉGIO REFERE QUE O PACIENTE RECUPEROU TOTALMENTE A CONSCIENCIA APÓS 20MINUTOS. NEGA NAUSEAS OU VOMITO. REFERE AINDA TCE DURANTE A CRISE. NEGA OUTRAS QUEIXAS

AP: NEGA
MUC: NEGA
ALERGIA: NEGA

EFG: BEG, CORADO, HIDRATADO, ACIANOTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO EM AA
AC: BRNF 2T S/SOPRO
AP: MV BILATERALMENTE S/RA
ABD: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE PERITONITE, RHA+.
NEURO: GLASGOW 15, PIFR, SEM DEFICITS MOTORES
MMSS: SIMÉTRICOS, SEM EDEMA, TEC<3S

PLANO TERAPEUTICO:
- ROTINA CRISE POS HICTAL

7964709

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES LABORATORIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 HEMOGRAMA COMPLETO (ERITOGAMA+LEUCOGRAM	1					[13/09] . 16:13
2 CREATININA - BIOQUIMICA	1					[13/09] . 16:13
3 UREIA - BIOQUIMICA	1					[13/09] . 16:13
4 SODIO - BIOQUIMICA	1					[13/09] . 16:13
5 POTASSIO - BIOQUIMICA	1					[13/09] . 16:13
6 ROTINA OU PARCIAL DE URINA (SEDIMENTOSCOPIA)	1					[13/09] . 16:13

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
7 TC COMP DE CRANIO	1					

Justificativa.: pos hictal

TOMOGRAFIA
EXAME REALIZADO
DATA 13/09/23
HORÁRIO: 16:42
TÉCNICO: Fernando

PRESCRIÇÃO.: 7798513 DATA: 13/09/2023 19:22
USUÁRIO.....: RICTKUSSANO
ATENDIMENTO: 7964709 DT NASC: 24/02/2008 (15A 6M 20D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 613627 - GABRIEL PAIVA A SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/09/2023 15:52 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: IVAN CESAR TANAKA KUSSANO R. SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

A TEMPO...

ASSINTOMÁTICO NO MOMENTO
EXAME FÍSICO SEM ALTERAÇÕES

LABS SEM ALTERAÇÕES
TC DE CRÂNIO SEM ALTERAÇÕES

DISCUTIDO CASO COM DR FERNANDO (NEURO DE SOBREAVISO) QUE INDICA INTENAÇÃO PARA OBSERVAÇÃO

IVAN CESAR TANAKA KUSSANO R.
CRM-PR: 29.159

CRM 35946

TAXA DE SALA

Abocath nº 20	Compr. de gaze 7,5 x 7,5 (setor) - un	Luva estéril nº	Sonda Aspiração nº
Água Oxigenada - ml	Compr. de gaze tipo queijo (45cm)	Estenófix 20 cm	Sonda Foley2 vias nº
Aguilha descartável 25x7	Comp. Cirúrgica estéril	Polifix Padrão	Sonda Foley3 vias nº
Aguilha descartável 40x12	Cateter Central	PVPI degemante	Sonda Uretral nº
Alcool Iodado - ml	Dreno de Tórax nº	PVPI tóxico	Sonda Nasogástrica longa nº
Atadura algodão ortopédica 10cm	Eletrodo desc. de pape I- unidade	Clorexodina Alcolica	Sonda Nasocentral
Atadura algodão ortopédica 20cm	Equipo Macrogotas	Seringa descartável s/ag3ml	Bolsa Coletora Sistema Fechado
Atadura crepom (PS/CC) 10cm	Equipo Bomba	Seringa Descartável s/ag5ml	Coletor Sistema Aberto
Atadura crepom (PS/CC) 20cm	Equipo BIC Foto	Seringa Descartável s/ag10ml	Tala de Alumínio P () M () G ()
Atadura gessada 10cm	Escalpe nº	Seringa Descartável s/ag20ml	Cateter Tipo óculos
Atadura gessada 20cm	Fio Catgut simples nº	Seringa Descartável s/ag60 ml	Xylocaina gel
Benzina - ml	Fio Mononylon nº	Seringa Insulina	MD 10714
Bolsa de colostomia descartável	Lâmina de bisturi nº	Lanceta	
Cadargo - 100cm	Lâmina p/ tricotomia		
Cânula end. S/balão nº	Malha Tubular nº cm		
Cânula end. C/balão nº			

Aplicação EV	Drenagem torácica	Oxigênio: Início: _____ Fim: _____	Sondagem vesical de alívio
Aplicação IM	Eletrocardiograma	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Aspiração	Glicemia Capilar	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Cardioversão elétrica	Ventilação Mecânica: Início: _____ Fim: _____	Punção Lombar	Traqueostomia
Curativo P () M () G ()	Monitorização Cardíaca: Início: _____ Fim: _____	Punção Venosa - Adulto	Verificação de sinais vitais

*Regime alimentar a partir de 04/05/2022 com convulsões e
distúrbios de sono, ansiedade, fobias de câmbio*

PRESCRIÇÃO.: 7798174 DATA: 13/09/2023 16:13
USUÁRIO....: PMTNRODRIGUES
ATENDIMENTO: 7964709 DT NASC: 24/02/2008 (15A 6M 20D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 613627 - GABRIEL PAIVA A SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/09/2023 15:52 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PROCEDIMENTOS MEDICOS COM MATERIA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
8 GLICEMIA CAPILAR (AGORA)	1	UNIDADE			AGORA	[13/09]	16:15

PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES
CRM-PR: 35946.