

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

2 - Nº Guia no Prestador 7998694000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de AutORIZAÇÃO 02/10/2023		5 - Senha 13692	
6 - Data de Validade da Senha 31/12/2025		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 13692	
8 - Número da Carteira 11412681		9 - Validade da Carteira 31/12/2025	
10 - Nome GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	
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 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 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 02/10/2023	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.	
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 04		33 - Indicação de Aclimete (aclimete 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 02/10/2023 16:01 16:01 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 02/10/2023 16:03 16:03 22 40803120 RX - MÃO OU QUIRODACTILO		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 100.00 100.00 001 1.0 35.64 35.64	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 1 12 23876304000112 ANDRE ALBERTI CASADEI		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 06 38632 41 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 135.64		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
61 - Total de Materiais (R\$) 0.00		62 - Total de OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 135.64			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Henrique dos Santos
Nº da Carteira: 11.4.12681
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 12/02/2002

Nº da Guia: 13692

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/10/2023	21:00:00	Ginásio	Seletiva de Basquete

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Direita, 5º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno relata que estava participando da seletiva de basquete e ao receber uma bola mesma bateu forte no 5º da mão D, sentiu dor no momento do impacto e relata que apareceu o edema imediato.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jão Pedro Zanetti	(42) 9999-4096

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfª Joserlania Pazette	02/10/2023

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 5º dedo da mão D, dor local e dificuldade para movimentar. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Joserlania 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 - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 13692

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

8 - Nome do Beneficiário
11412681

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS

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
RAFAEL HOBOLD HIDALGO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
43100

18 - UF
41

19 - Código CBO
226225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação
02/10/2023

23 - Indicação Clínica

24 - CI Solu
28 - Autoriz

25 - Código do Procedimento ou
Item Assistencial
1 22 10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

Dados do Contratado Executante

29 - Código na
Aradora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Exame do Atendimento

32 - Tipo 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 - Cida. 43 - Via 44 - Tec.

45 - % Red / Assoc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) 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

54 - 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 Anuidades (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPIVE (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: OTTSUDA

Data/Hora: 02/10/2023 14:43:16

Contato/Cad: 7998694

Atendimento: 7998694

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7998694

7998694 11412681
PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM
CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLINICA
D. Atend: 02/10/2023 14:43:16
Print: 599146
GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS

2 - N° Guia no Prestador 13692

Folha: 1 / 1

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
11412681		GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS		N

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	03/10/2023	
27 - CI-Solic.: _____ 28 - CI-Autoriz.: _____  29 - Assinatura: _____		

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
1	22	40803120 RX - Mao ou quirodactilio

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

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

56 - Data de Realização do 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 Anuidades (R\$)						
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)						
62 - Total de OPIYE (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 Contrato						



Atendimento:	7998694	Pedido:	2835099	Ac. Number:	3547636
Registro / Nome:	GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS				
Data de Nascimento:	12/02/2002	Idade:	21 anos, 7 meses e 20 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	02/10/2023 16:03:00			Laudado:	10/10/2023
					15:53:41
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	ANDRE ALBERTI CASADEI				

RX - MÃO DIREITA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7844728 DATA: 02/10/2023 16:01
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 7998694 DT NASC: 12/02/2002 (21A 7M 20D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 599146 - GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/10/2023 14:42 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUAM EM REGIAO DE 5 QDD ONTEM EM ATIVIDADE FISICA
DOR LOCAL DE FLANGE MEDIA

EFO - PELE INTEGRAL / AUSENCIA DE EQUIMOSE / AUSENCIA DE ESCORIAÇÃO E EDEMA / DOR A PALPAÇÃO DE REGIAO
INTERFALANGEANA MEDIA / ADM LIMITADA A DOR / NV PRESERVADO

PT - RX / REAVALIO APOS

7998694

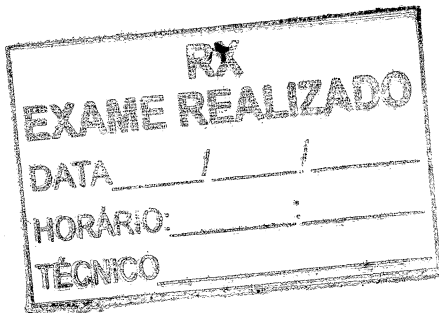
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1					
Justificativa.: 5 QDD						

VISITA HOSPITALAR

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



ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 7844834 DATA: 02/10/2023 16:53
USUÁRIO.....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 7998694 DT NASC: 12/02/2002 (21A 7M 20D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 599146 - GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/10/2023 14:42 0 DIAS(S) INT

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA E OU LUXAÇÃO COM DESVIO NO MOMENTO

PT - ALTA COM ANALGESIA / ORIENTAÇÕES GERAIS / REPOUSO / GELO / IMOBILIZAÇÃO METALICA



ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632