

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Guia		7 - Número da Guia Atribuído para Operadora	
4 - Data de Autorização 11/10/2024		5 - Série 22095		8 - Data de Validade da Guia		22095	
8 - Número da Carteira 11111562		9 - Validade da Carteira 31/12/2025		10 - Nome CAUAN KIL NOVAIS		11 - Número do Cartão Nacional da Saúde	
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 31.517	
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES		18 - Conselho Profissional 06		19 - UF 41		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data de Solicitação 11/10/2024		23 - Indicação Clínica		27 - CI-Solic. 28 - CI-Autoriz.	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		31 - Código CIES 8365230	
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação da Assinatura (Assinatura ou Assinatura Indicação)	
34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37-HE-Inicial 38-HE-Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 1 11/10/2024 16:37 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 11/10/2024 16:38 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOFEMORAL (TORNOZELO)		42-Qtda. 43-Via 44-Tec. 45-Preco R/Agr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 100.00 35.64 100.00 001 1.0 35.64 35.64	
48-Sq. Ref. 49-Gr. Part. 50-Cod na operadora/CPF 51-Nome do Profissional 1 12 23876304000112 PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES		52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO 06 31.517 41 225270		56 - Data da Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observações / Justificativas	
59 - Total de Procedimentos (R\$) 135.64		60 - Total de Taxas e Abusos (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 Outros Medicamentos (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 135.64		66 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Cauan Kil Novais
Nº da Carteira: 11.1.11562
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 23/04/2008

Nº da Guia: 22095



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/10/2024	14:20:00	Ginásio	Copa UNIMED

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluno em jogo de futsal da copa UNIMED, refere entorse em tornozelo D ao travar o pé na quadra. Apresenta edema na região do talos e dificuldade para deambular. Realizado imobilização.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Junior	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto	11/10/2024

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

Encaminhado para avaliação ortopédica em HBSM.

Ass.:

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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/SIADT

2 - Nº Guia no Prestador 22095

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Gentile

6 - Data Validade da Guia

7 - Motivo da Guia Arquivada pelo Operador

8 - Número da Carteira
11111562

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
CAUAN KIL NOVAIS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
N

13 - Código da Operação
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número de Registro
31.517

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PRM 31517

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data de Solicitação
11/10/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qx Solic.
1

28 - Qx Autoriz.
0

29 - Código na Operação
23876304000112

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

31 - Código CNEB
9365230

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação da Assistência (dentista ou dentista
interconsultado)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento

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

42 - Qtd. 43 - Via
44 - Tdc.

45 - % Real / Anonim.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.
49 - Gr. Part.
50 - Código na operação/CNPJ
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 - Quantidade / Assinatura

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total da Tabela a Aluguel (R\$)

61 - Total Tabela de Materiais (R\$)

62 - Total de Qx (R\$)

63 - Total de Honorários (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Conselho



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

2 - Nº Guia no Prestador 8670995

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Serviço

6 - Data Validade do Seguro

7 - Número de Guia Emitido pelo Operador

8 - Número da Carteira

11111562

10 - Nome
CAUAN KIL NOVAIS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura do SR
N

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

15 - Nome do Profissional Responsável
PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Matrícula no Conselho
31.517

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Responsável
CAM 31517

21 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Realização
11/10/2024

23 - Indicação da Ocorrência

27 - Q1 Solic.
1

28 - Q1 Autoriz.
0

24 - Facilidade
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
40804089

26 - Descrição
RX - Artroscopia do ombro (tornozelo)

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Atividade (incidentes ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
37 - H. Inicial
38 - H. Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Q1a, 43 - V1a
44 - T1a

45 - % Real / Acres.
46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Item RDC
49 - Or. Pac.
50 - Código da 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

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 -

58 - Total Procedimentos (R\$)

59 - Total em Tabela e Suplente (R\$)

60 - Total Tabela de Suplente (R\$)

61 - Total de CPV (R\$)

62 - Total de Suplentes (R\$)

63 - Total Gastos Suplentes (R\$)

64 - Total Gastos (R\$)

65 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

66 - Assinatura de Encerramento do Responsável

67 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CFS/LVA

Data/hora: 11/10/2024 19:15:41

Cartão/Lim: 8670995

Assinatura: 8670995

Contato: INST/ADVERTALAP

8670995



Atendimento:	8670995	Pedido:	3070846	Ac. Number:	3846439
Registro / Nome:	CAUAN KIL NOVAIS				
Data de Nascimento:	23/04/2008	Idade:	16 anos, 5 meses e 18 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	11/10/2024 16:38:00			Laudado:	14/10/2024 10:22:33
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	LUAN CELSO GONCALVES R				

RX - TORNOZELO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8773824 DATA: 11/10/2024 16:37
USUÁRIO.....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8670995 DT NASC: 23/04/2008 (16A 5M 20D)
CONVÊNIO....: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 645367 - CAUAN KIL NOVAIS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/10/2024 16:12 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO HOJE AO JOGAR FUTEBOL, DOR EM MALEOLO LATERAL

AO EFO
PELE INTEGRAL
EDEMA 2+/4
AUSENCIA DE EQUIMOSE
ADM DOLOROSA
NV PRESERVADO

CD RX

8670995

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

1	RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA)	1				
Justificativa.: DIR						

VISITA HOSPITALAR

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

2	CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1				
---	---	---	--	--	--	--

CRM 31517

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517

EXAME REALIZADO
DATA: / /



GRUPO KIL NOVAIS
SARACI
RUA ALASSANDRO RIZZ KIL NOVAIS
L.º Nome: 23/06/2008 PA: 11/10/2024
PL: 03: 56287 / COLETO NOVAIS
INT. NOVENTISTA / COLETO NOVAIS



Nome: _____

DN: _____

Atendimento: _____

Data: _____

TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
Abocath nº		Compr. de gaze 7,5 x 7,5 (setor) - un	Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº		
Agulha descartável 25 x 7		Compr. de gaze tipo queijo (45cm)	Estensiofix 20 cm		Sonda Foley 2 vias nº		
Agulha descartável 40 x 12		Comp. Cirúrgica estéril	Polifix Padrão		Sonda Foley 3 vias nº		
Agulha descartável 13x 4,5		Cateter Central	PVPi degemante		Sonda Uretral nº		
Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno de Torax nº	PVPi tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº		
Atadura algodão ortopédica 20cm		Eletrodo desc. de papel unidade	Clorexidina Alcoólica ml		Sonda Nasoenteral		
Atadura crepom 10cm		Equipo Macrogotas	Clorexidine Degemante ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado		
Atadura crepom 20cm		Equipo Bomba Infusão (BIC)	Clorexidine Aquosa ml		Coletor Sistema Aberto		
Atadura gessada 10cm		Equipo BIC Foto	Seringa descartável s/ag3ml		Tala de Alumínio P () M () G ()		
Atadura gessada 20cm		Escalpe nº	Seringa Descartável s/ag5ml		Cateter Tipo óculos		
Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples nº	Seringa Descartável s/ag10ml		Xylocaina gel		
Cadargo - 100cm		Fio Mononylon nº	Seringa Descartável s/ag20ml				
Cânula end. S/balão nº		Lâmina de bisturi nº	Seringa Descartável s/ag80 ml				
Malha Tubular nº cm		Lâmina pl triotomia	Seringa Insulina				
Ventilação Mecânica: Início: _____ Fim: _____		Oxigênio: Início: _____ Fim: _____		Monitorização Cardíaca: Início: _____ Fim: _____			
HORA	PA	P	T	R	SAT	DOR	

paciente em boas condições durante, realizado exame de urina -
bom, sem sangramento.