

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

2 - Nº Guia no Prestador 8895874000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
07/04/2025

5 - Semilla

27131

6 - Data de Validade da Semilla

27131

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
4362401

9 - Validade da Carteira
06/04/2029

10 - Nome

ALICE LAMANN DE OLIVEIRA MARQUES

11 - Número da Cartão Nacional de Saúde
898004024750684

12 - Alinhamento à 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
HEMINE HUSSEM SALEM

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
036103

18 - UF
41

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Descrição do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
07/04/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Q1 Solic. 28 - Q2 Autoriz.

Dados do Contratado Especialista

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
23

33 - Indicação da Atividade (incidente ou doença subclínica)
9

34 - Tipo da Consulta

35 - Método de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução, Prescrição, Prescrição e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Início 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 07/04/2025 13:45 13:45 22 CONSULTA EM PROCTO SUCROPRO
2 07/04/2025 13:47 13:47 22 RX - PROCTO
3 07/04/2025 13:47 13:47 22 RX - RMG CM QUINOTOMECTOMIA

Identificação dos Profissionais Envolvidos

48 - Sig. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod na Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 MANUELLA VICTOR MANTILLA ROBERTI

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 41656 41 225124

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 dos Procedimentos (R\$)
171.28

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

61 - Total de Medicinas (R\$)
0.00

62 - Total de CPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

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

65 - Total Geral (R\$)
171.28

66 - Assinatura da Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

2 - Nº Guia no Prestador 27131

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº. Guia Principal
4 - Tipo de Autorização	5 - Data
6 - Tipo de Autorização	8 - Data Validade da Seguro
	7 - Número da Guia Autorizada pelo Operador

8 - Nome do Contratado 4362401	9 - Validade da Garantia	10 - Nome ALICE LAMANN DE OLIVEIRA MARQUES	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 898004024750684	12 - Aderimento à IAP N
-----------------------------------	--------------------------	---	--	----------------------------

13 - Código do Operador 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante HEMINE HUSSEIN SALEM	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 036103	18 - UF 41
19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante De Cera 43656
21 - Causa de Aderimento 2	22 - Data de Solicitação 08/04/2025
23 - Indicação Clínica	24 - Tipo de Serviço Consulta em pronto socorro
25 - Tipo 1	26 - Código do Procedimento 10101039
27 - DI Scale 1	28 - DI Alterar 0

29 - Código do Operador 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CBO 9365230
---	---	----------------------------

32 - Tipo de Aderimento	33 - Indicação de Aderência (incluindo ou excluindo indicação)	34 - Tipo de Serviço	35 - Motivo da Interrupção do Aderimento
-------------------------	--	----------------------	--

36 - Data 37	37 - Horário 38	38 - Horário 39	39 - Tipo de Serviço 40	40 - Descrição 41
-----------------	--------------------	--------------------	----------------------------	----------------------

42 - CBO 43	43 - Voz 44	44 - Voz 45	45 - Voz 46	46 - Voz 47
----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

48 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 49	49 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 50	50 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 51	51 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 52	52 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 53
--	--	--	--	--

54 - Total Procedimentos (R\$) 55	55 - Total Procedimentos (R\$) 56	56 - Total Procedimentos (R\$) 57	57 - Total Procedimentos (R\$) 58	58 - Total Procedimentos (R\$) 59
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

60 - Assinatura do Responsável pela Autorização	61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
---	--	--	--	--

8895874

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Felipe Lammann de Oliveira Marques
Nº da Carteira: 4.36.2401
Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7

Data de Nascimento: 17/05/2013 **Nº da Guia:** 27131

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/04/2025	16:02:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma no outro olho: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto	Antebraço Esquerdo

Descrição:
A aluna estava jogando vôlei na quadra quando a bola bateu mais forte no seu braço e na hora começou a doer.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Athos	4499911032

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lucas	07/04/2025

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:
A aluna foi atendida pelo coordenador Lucas que prestou os primeiros socorros.

Ass.:

Roosevelt Lucas Gonzales de Melo Queiroz

Para finalização 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://atendimento.as.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



Atendimento:	8895874	Pedido:	3157370	Ac. Number:	3954807
Registro / Nome:	ALICE LAMANN DE OLIVEIRA MARQUES				
Data de Nascimento:	17/05/2013	Idade:	11 anos, 10 meses e 20 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	07/04/2025 18:47:00			Laudado:	08/04/2025
					07:10:24
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI R.				

RX - PUNHO ESQUERDO AP/P

Estruturas ósseas íntegras, de morfologia e densidade usuais.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem anormalidades relevantes dentro das limitações do método.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

Atendimento: 8895874 - ALICE LAMANN DE OLIVEIRA MARQUES Lote: 5040764 - CLINICA ADVENTISTA - CLAC

Paciente.: ALICE LAMANN DE OLIVEIRA MARQUES
Convenio.: 59 - CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Plano.: CLINICA ADVENTISTA ENFERMARIA Sub Plano.:
Medico/CRM: HEMINE HUSSEM SALEM / 036103 Guia.: 27131 Validade.: 07/04/2025
Carteira.: 4362401 Validade.:06/04/2029
Titular.: ALICE LAMANN DE OLIVEIRA MARQUES : RUA BERNARDINO DE CAMPOS

Procedimento: 00010061 CONSULTA PEDIATRIA DIURNA - SRS / SAMA

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
RADIODIAGNOSTICO	71,28	0,00	0,00	0,00	0,00	71,28
CONSULTAS MEDICAS / OUTROS PROCEDIM	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Total da Conta:						171,28

RADIODIAGNOSTICO

439 RADIOLOGIA (PARCERIA) - HBSM

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
40803112 PUNHO	EXAME	1	35,6400	35,64
40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO	EXAME	1	35,6400	35,64
Total :				71,28

CONSULTAS MEDICAS / OUTROS PROCEDIMENTOS

436 PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM

Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10101039 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	UN	1	100,0000	100,00
MANOEL VITOR MACIEL BOCCH - 43656 10100654916	CLINICO			
Total :				100,00

Total Geral: 171,28

PRESCRIÇÃO.: 9102260 DATA: 07/04/2025 18:45
USUÁRIO.....: MVMBOCCHI
ATENDIMENTO: 8895874 DT NASC: 17/05/2013 (11A 10M 22D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 327189 - ALICE LAMANN DE OLIVEIRA MARQUES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/04/2025 16:58 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: HEMINE HUSSEM SALEM SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE ACOMPANHADA DO AVÔ COM RELATO DE TRAUMA DIRETO POR BOLA DE VOLEI HOJE. DESDE ENTÃO COM DOR EM MÃO ESQUERDA E PUNHO ESQUERDO
NEGA DEMAIS QUEIXAS

EF
ADM LIMITADA PELA DOR
NEUROLOGICO OK
VASCULAR OK
EDEMA +/++++ EM PUNHO
DOR A PALPAÇÃO DE 1º MTC E CARPO

PLANO
SOLICITO RX
REAVALIO APÓS

8895874

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

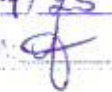
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP PUNHO: A.P. - LAT. - OBLIQUAS Justificativa.: ESQ	1						
2 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS Justificativa.: ESQ	1						

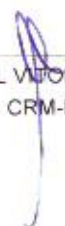
VISITA HOSPITALAR

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

EXAME REALIZADO

DATA 07/04/25

TÉC RADIOLOGIA: 

 CRM-PR: 43656



Atendimento:	8895874	Pedido:	3157370	Ac. Number:	3954806
Registro / Nome:	ALICE LAMANN DE OLIVEIRA MARQUES				
Data de Nascimento:	17/05/2013	Idade:	11 anos, 10 meses e 20 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	07/04/2025 18:47:00			Laudado:	08/04/2025 07:10:00
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	MANOEL VITOR MACIEL BOCCHI R.				

RX - MÃO ESQUERDA AP/OBL

Estruturas ósseas íntegras, de morfologia e densidade usuais.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem anormalidades relevantes dentro das limitações do método.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

ortopedia

Dados do Atendimento

Atendimento: 8895874 Data/Hora: 07/04/2025 16:58 Prioridade: Baixa
Paciente: 327189 - ALICE LAMANN DE OLIVEIRA MARQUES Sexo: F Nasc.: 17/05/2013 (11a 10m 22d)
Prestador: 5316 - HEMINE HUSSEM SALEM Especialidade: 36 - PEDIATRIA
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: AVÔ REFERE TRAUMA EM MSE HÁ 3 HORAS. MEMBRO APRESENTANDO EDEMA E ALGIA AO MOVIMENTO. NEGA CONTUSÃO EM OUTROS LUGARES.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: N
Alergias: DESCONHECE

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 88 bpm Temperatura: 35.5 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito	Prótese Dentária?	Sim ☐	Não ☒
Menarca:	Bebe Álcool?	Sim ☐	Não ☒
Últ. Menstruação:	Fumante?	Sim ☐	Não ☒
Nº de Partos:	Dor?	Sim ☐	Não ☒
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família?	Sim ☐	Não ☒
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico?	Sim ☐	Não ☒
Cidade:	UF:	Hospital:	

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: SPO2: 97%
PESO: 50,600 KG
ESCALA DE DOR:

MED CONT: NEGA
MED HOJE: NEGA

MED TRIAGEM: