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

2 - Nº Guia no Prestador **7142590000000**

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
12/06/2022	6571		6571

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
11110222	20/12/2023	ALEXANDRE FARIA LINO GASPAROTTO		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTAO FLAVIO ARRAVAL DENARI OLIVEIRA	06	40162	41	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	12/06/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	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
04	9	1	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hr.Inicial	38-Hr.Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 12/06/2022	01:28	01:28	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.3	100.00	100.00
2 12/06/2022	01:30	01:30	22	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO	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	52-Conselho Prof	53-Número no Conselho	54-UF	55-Código CBO
1	12	23876304000112	PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID	06	38877	41	225125

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$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
135.64	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	135.64

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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 714259001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
11110222		ALEXANDRE FARIA LINO GASPAROTTO		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTAO FLAVIO ARRAVAL DENARI OLIVEIRA	06	40162	41	225125	Dr. Flávio A. Meizouh Said MÉDICO CRM/PR 39 477

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	12/06/2022	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1	22	40803120	RX - Mao ou quirodactilo	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	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 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 -% Red / Acresc.	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 de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total Taxas de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	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: LMMACEDO Data/Hora: 12/06/2022 01:50:32 Conta/Lote: 7142590 Atendimento: 7142590 Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7142590

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Alexandre Faria Lino Gasparotto
Nº da Carteirinha: 11.1.10222
Instituição: IAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 18/07/2004 | **Nº da Guia:** 6571

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/06/2022	22:02:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (**Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)	Mão Direita

Descrição
Aluno em atividade esportiva no ginásio. Refere ter caído e se apoiado com a mão ao solo. Apresenta deformidade em dedo polegar do MSD entre falange distal e proximal. Possível luxação?

Testemunha da ocorrência	Telefone
Monitor do complexo	4432368000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Júnior	11/06/2022

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
Aluno encaminhado para avaliação ortopédica.

Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR 715731

Ass.: _____

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
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 7142590

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
11110222		ALEXANDRE FARIA LINO GASPAROTTO		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTAO FLAVIO ARRAVAL DENARI OLIVEIRA	06	40162	41	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	12/06/2022	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1	22	10101039	Consulta em pronto socorro	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	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 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 -% Red / Acresc.	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 de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total Taxas de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	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: SVGIOVEDI Data/Hora: 12/06/2022 00:44:00 Conta/Lote: 7142590 Atendimento: 7142590 Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7142590

Atendimento:	7142590	Pedido: 2529334	Ac. Number:	3158197
Registro / Nome:	ALEXANDRE FARIA LINO GASPAROTTO			
Data de Nascimento:	18/07/2004 00:00:00	Idade: 17 anos, 10 meses e 23 dias	Sexo:	M
Pedido do Exame:	12/06/2022 01:30:00		Laudado:	13/06/2022 08:30:10
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC			
Médico Solicitante:	NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID			

RX - MÃO DIREITA

Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 6724485 DATA: 12/06/2022 01:28
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7142590 DT NASC: 18/07/2004 (17A 10M 25D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 567872 - ALEXANDRE FARIA LINO GASPAROTTO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/06/2022 00:42 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO FLAVIO ARRAVAL DENARI OLIVEIRA SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT..: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERE TRAUMA EM 1º QUIRODACTILO DIREITO ONTEM JOGANDO FUTEBOL

EFO
PELE ÍNTEGRA, SEM EDEMA
DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO INTERFAÇANGIANA DE 1º QUIRODACTILO DIREITO
ADM LIMITADA A DOR
NEUROVASCULAR OK

PT
RX
REAVALIO

7142590

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS **Justificativa.:** *TRAUMA* **Obs.:** *DIREITO*	1	EXAME REALIZADO DATA___/___/___ TÉC. RADIOLOGIA:___				

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

Dr. Nour A. M. Said
MÉDICO
CRM/PR. 38.877

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 6724490 DATA: 12/06/2022 01:39
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7142590 DT NASC: 18/07/2004 (17A 10M 25D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 567872 - ALEXANDRE FARIA LINO GASPAROTTO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/06/2022 00:42 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO FLAVIO ARRAVAL DENARI OLIVEIRA SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT..: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

PT
ANALGESIA
ORIENTAÇÕES GERAIS

Dr. Nour Aliman El M. Said
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 38877 TEOT: 17.992

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA
MV2000 - Sistema de Urgência/Emergência
Ficha de Triagem

[redacted]

Emitido por: KBGENARO
Em: 12/06/2022 00:53

Dados do Atendimento

Atendimento: 7142590 **Data/Hora:** 12/06/2022 00:42 **Prioridade:** Baixa
Paciente: 567872 - ALEXANDRE FARIA LINO GASPAROTTO **Sexo:** M **Nasc.:** 18/07/2004 (17a 10m 25d)
Prestador: 5217 - PLANTAO FLAVIO ARRAVAL DENARI OLIVEIRA **Especialidade:** 98 - CLINICO GERAL
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM **Serviço:** 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ **Retorno com a mesma queixa?** Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: RELATA QUE ESTAVA JOGANDO FUTEBOL E SOFREU TRAUMA EM POLEGAR DA MÃO DIREITA , RELATA DOR LOCAL

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT :100%
Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: 104 x 68 mmHG **Pulso:** 63 bpm **Temperatura:** 36 ºC

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito
Menarca:
Últ. Menstruação:
Nº de Partos:
1º Congresso Sexual:
Higiene Bucal: Boa
Cidade:

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Fumante? Sim ☐ Não ☒
Dor? Sim ☐ Não ☒
Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
UF: **Hospital:**

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ **Qual?**
Medicações:
Antecedentes Patológicos:
Histórico da Doença:
Observações:

FILIAÇÃO
GILBERTO GUIMAR FORTES MIRANDA
RUSIANI SALDAR BECKER PACHECO MIRANDA
CPF
028.599.680-08
DATA DE EMISSÃO
27/04/2022
DATA DE NASCIMENTO
02/04/1998
DATA DE VALIDADE
25/04/2033
ENDERECO
CRZA7426469
ORGÃO EXPEDIDOR
DPC-RS

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
3084830-0

DATA DE EXPEDIÇÃO
07/11/2018 2ª

NOME
ALEXANDRE FARIA LINO GASPAROTTO

FILIAÇÃO
CHRISTIAN JACKS LINO GASPAROTTO
LUCIANA LUCIANA HELENA ROCHA FARIA GASPAROTTO

NATURALIDADE
ARAUCARIA-PR

DATA DE NASCIMENTO
18/07/2004

DOC. ORIGEM
C.NASC.39867 LIV.122 FLS.188 ARAUCARIA-PR

CPF
081.105.401-20

AILTON SILVA MACHADO
ASSINATURA DO DIRETOR

02

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Conselho Federal de Enfermagem

Inscrição - COREN PR 000.746.731
ENFERMEIRO

NOME CIVIL
GILBERTO GUIMAR FORTES
ALKANDA JÚNIOR
NATURALIDADE (DE NACIONALIDADE)
SANTO ÂNGELO
RS
BRASILEIRA

V 30671044