

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

2 - Nº Guia no Prestador 6643672000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 20/10/2021		5 - Sentença 3715001	
6 - Data de Validade da Sentença 31/12/2022		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3715001	

8 - Número da Carteira 1148995		9 - Validade da Carteira 31/12/2022		10 - Nome ANNA LUISA FERNANDES ALENCASTRO MARTINS		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 SAMUEL MACHADO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 28684		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

21 - Carteira do Atendimento 1		22 - Data da Solicitação 20/10/2021		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - QI.Solic. 28 - QI.Autoriz.	

29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CNES 9365230	
--	--	---	--	-----------------------------	--

32 - Tipo Atendimento 05		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
-----------------------------	--	--	--	-----------------------	--	--	--

36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 1 03/09/2021 17:20 17:20 22 40901220 US - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		42-Qtde. 43-Via 44-Rég. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 97.54	
---	--	--	--

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 Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
--	--	---------------------------------	--

59 - Total de Procedimentos (R\$) 97.54		60 - Total de Taxas e Aluguéis (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 Gases Medicinais (R\$) 0.00		65 - Total Geral (R\$) 97.54	
--	--	--	--	---------------------------------------	--	----------------------------------	--	--	--	--	--	---------------------------------	--

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
---	--	--	--	-------------------------------	--

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
CNPJ: 23.876.304/0001-12
FATURA Nº 25697795

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Anna Luisa Fernandes Alencastro Martins
Nº da Carteira: 11.4.8995
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 14/06/2006

Nº da Guia: 3715.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/08/2021	15:30:00	Campo de futebol em frente ao ginásio.	Atividade da escola.

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Ombro Esquerdo, Braço Esquerdo

Descrição

A aluna interna estava andando de quadriciclo na pista, quando ao tentar se desviar de outros carrinhos bateu no meio fil e capotou. Caiu de lado em cima do braço E, e o brinquedo caiu em cima da perna causando arranhões. Ela refere: algia no braço ao movimentá-lo, impedindo de levantar o membro por causa da dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jefferson Queiroz.	(44) 9907-9111

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto	29/08/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá	31, Av. Independência	3	Zona 04	(44) 3220-6000

Motivo do Retorno

Liberação para a realização do exame de ultrassonografia de ombro esquerdo, conforme pedido médico. A ser realizado no dia 03/09/2021 as quinze horas.

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

Ass.: *Célia D da Silva*

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



RECEITA MÉDICA

PARA: ANNA LUISA FERNANDES ALENCASTRO MARTINS

SOLICITO:

- USG DE OMBRO ESQ

HD: LESÃO MANGUITO ROTADOR? LESÃO PLEXO?

🕒 **SEGUIR ORIENTAÇÕES MÉDICAS**

MARINGÁ, 31/08/21

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 23.684 / RCT 15284

PRAÇA 7 DE SETEMBRO, 285 – MARINGÁ - PR



Atendimento: 6643672 **Pedido:** 2356530 **Ac. Number:** 2942191
Registro / Nome: ANNA LUISA FERNANDES ALENCASTRO MARTINS
Data de Nascimento: 14/06/2006 **Idade:** 15 anos, 2 meses e 19 dias **Sexo:** F
Pedido do Exame: 03/09/2021 17:20:00 **Laudado:** 04/09/2021 11:23:01
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO

Exame realizado com equipamento linear multifrequencial de alta resolução.

Tendão da cabeça longa do bíceps normal.
Não existe líquido patológico peritendinoso bicipital.

Manguito rotator e seus tendões:

Tendão do supra-espinhal apresentando aumento do calibre, com hipoecogenicidade textural difusa na projeção da zona crítica.

Tendão infra-espinhal com ecotextura habitual.

Tendão subescapular com ecotextura habitual.

Bursa subdeltoide sub-acromial de espessura preservada.
Músculo deltoide de textura normal.

CONCLUSÃO:

- Sinais de tendinopatia do supra-espinhal.

MARCIO LUIZ VIOLATO

CRM- PR: 35760