

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

2 - Nº Guia no Prestador 6709385000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal		
4 - Data de Autorização 20/10/2021	5 - Senha 4138	6 - Data de Validade da Senha 4138	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 114110	9 - Validade da Carteira 01/01/2029	10 - Nome BRUNO ROLHING MOREIRA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 32982
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO IVAN SANTINI SILVA	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 20/10/2021	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.			
Dados do Contrato Executante			
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 Acidente (paciente 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 1 18/10/2021 11:13 11:13	39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1,0 100,00 100,00	
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 IVAN SANTINI SILVA	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 06 32982 41 225270		
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 100,00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPWE (R\$) 0,00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 100,00	
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
FATURAMENTO
25662892

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bruno Rohling Moreira
Nº da Carteirinha: 11.4.110
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 19/11/1998

Nº da Guia: 4138

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
16/10/2021	21:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição

Aluno relata que durante o jogo sentiu o impacto do joelho quando pisou de forma brusca no chão. Relata muita dor em joelho direito e dificuldades para andar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Igor Yuzo	(67) 99960-1068

Quem prestou primeiros socorros	Data
Thainá	17/10/2021

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

Observações

Aluno interno foi atendido pela enfermaria do colégio e encaminhado ao hospital após relatar muita dor e dificuldade para caminhar.

Ass.: *Célia T. D. da Silva*
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

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 - Bigorrião - 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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 4138

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Sentia
6 - Data Validade da Sentia	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 114110	9 - Validade da Carteira
10 - Nome BRUNO ROLHING MOREIRA	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 PLANTAO IVAN SANTINI SILVA	16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 32982	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Ivan Santini Silva Ortopedista e Traumatologista CRM-PR 32982 / TEOT-32349	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 18/10/2021
23 - Indicação Clínica	

24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento 22	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Ql.Solic. 1	28 - Ql.Autoriz. 0
------------------	-----------------------------------	--	---------------------	-----------------------

Dados do Contrato Ex-ante	
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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento
41 - Descrição	42 - Qlde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Real / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)			

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)	
48 - Seq. Ref.	49 - G. 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	
1 -	2 -
3 -	4 -
5 -	6 -
7 -	8 -
9 -	10 -

58 - Observação / Justificativa
59 - Total Procedimentos (R\$)
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
61 - Total Taxas do Materiais (R\$)
62 - Total de OPMs (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	

6709385

PRESCRIÇÃO.: 6195249 DATA: 18/10/2021 11:13
USUÁRIO....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 6709385 DT NASC: 19/11/1998 (22A 10M 30D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 72507 - BRUNO ROLHING MOREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/10/2021 10:17 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO IVAN SANTINI SILVA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE RELATA DOR EM JOELHO DIREITO DE INICIO A CERCA DE 2 DIAS, APÓS ESFORÇO FISICO INTENSO EM JOGO DE FUTEBOL

EFO
DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO DE PATA DE GANSO DIREITO
ADM COMPLETA
PELE INTEGRAL
NEUROVASCULAR OK

PLANO
ANALGESIA
ATESTADO
ORIENTAÇÕES
RETORNO SE NECESSARIO

6709385

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

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

IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982

Ivan Santini Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR: 32982 / TEOT-12349

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR
0000 - Sistema de Urgência/Emergê
a de Triage

Dados do Atendimento

Atendimento: 6709385 Data/Hora: 18/10/2021 10:17 Prioridade: Baixa
Paciente: 72507 - BRUNO ROLHING MOREIRA Sexo: M Nasc.: 19/11/1998 (22a 10m 30d)
Prestador: 2586 - PLANTAO IVAN SANTINI SILVA Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

História Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: REFERE ENTORSE DE JOELHO DIREITO AO PRATICAR ESPORTES SABADO / ALGIA EM LOCAL DESDE OCORRIDO

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 100%

Alergias: CATAFLAN

Sinais Vitais

P.A.: 121 x 70 mmHG Pulso: 48 bpm Temperatura: 36,2 °C

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: VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: