

2 - Nº Guia no Prestador **6689580000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0000000	3 - Número da Guia Principal
-----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização	20/10/2021
5 - Senha	4021
6 - Data de Validade da Senha	
7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora	4021

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
114386	01/01/2029	GUSTAVO FREITAS DE SOUZA SILVA		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 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	20/10/2021	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Q1 Solic.	28 - Q4 Autoriz.
-------------	--	----------------	----------------	------------------

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

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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36-Data	37-Hr. Inicial	38-Hr. Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtd.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 04/10/2021	17:28	17:28	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	100.00	100.00
2 04/10/2021	17:37	17:37	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)	001			1.0	35.64	35.64
3 04/10/2021	17:37	17:37	22	40804097	RX - PE OU PODODACTILO	001			1.0	35.64	35.64

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	8-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	IVAN SANTINI SILVA	06	32982	41	225270	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18 - Observação / Justificativa									

59 - Total de Procedimentos (R\$)	171,28
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0,00
61 - Total de Materiais (R\$)	0,00
62 - Total de OPME (R\$)	0,00
63 - Total de Medicamentos (R\$)	0,00
64 - Total de Casos Medicinais (R\$)	0,00
65 - Total Geral (R\$)	171,28

36 - Assinatura do Responsável pela Autorização

HOSPITAL EOL SAKURANO DE KAKIYAMA

CNPJ: 23.876.304/0001-12

Impresso per: BSROTTA

Data/Hora: 20/10/2021 09:09:27

Conta/Lote: 3562862

Atendimento: 6689580

CONVENIO CLINICA ADVENTISTA - CLAC

FATURAMENTO

人々

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gustavo Freitas de Souza Silva
Nº da Carteirinha: 11.4.386
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 17/06/1999

Nº da Guia: 4021

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/10/2021	21:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

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

Descrição

O aluno interno relata que estava jogando bola, futebol. e ao chutar a bola o colega chutou ao mesmo tempo, causando o trauma no pé Apresenta edema, dor e cianose.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Akilah Silva	(41) 99855-5569

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto	03/10/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Foi encaminhado .

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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 4021

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

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

GUSTAVO FREITAS DE SOUZA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Yvan Santini Silva
Otorrinolaringologista
CRM-PR 32982 / ROR 12349

12 - Atendimento a RV
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qx Solic.

28 - Qx Autoriz.

1

22

10101039

Consulta em pronto socorro

1

0

Dados do Contratado 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

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 - Qtd.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) 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

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: KSJAMAUAS

Data/Hora: 04/10/2021 17:04:21

Contab/Lote: 6689580

Atendimento: 6689580

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

6689580



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

2. Nº Guia no Prestador 4021

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
4021

4 - Data de Autorização

5 - Sessão

6 - Data Validada da Sessão

7 - Número da Guia Autorizada pelo Prestador

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

114386

GUSTAVO FREITAS DE SOUZA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RTI
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

SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

28684

18 - UF

41

19 - Código CEO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Causa de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

04/10/2021

23 - Indicação Clínica

2

24 - Tabela

1 22 40804097
2 22 40804099

25 - Descrição

RX - Pe ou pododactilo
RX - Articulacao fibiocrural (tornozelo)

26 - Descrição

RX - Pe ou pododactilo
RX - Articulacao fibiocrural (tornozelo)

27 - Qtd. Sessões

1

28 - Qtd. Autoriz.

0

Dados do Contratado

29 - Código no Operador

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 Atendimento (evidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cód. 43 - Vão

44 - Tce

45 - S. Res / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - S. Res / Acresc.

49 - Valor Unitário (R\$)

50 - Valor Total (R\$)

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CEO

56 - Data de Realização do Procedimento em Sane

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Assinatura do Responsável pela Autorização

62 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Total de Exames (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

67 - Total de Exames (R\$)

68 - Assinatura do Contratado

69 - Total de Exames (R\$)

70 - Assinatura do Contratado

Impressão em 16/09/2021

Data de Impressão 04/10/2021 10:23:39

Controlador 0055507

Assinatura 0055507

Contratado 1151 ADVERTISTA AP

6689580

PRESCRIÇÃO.: 6170404 DATA: 04/10/2021 17:28
USUÁRIO.....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 6689580 DT NASC: 17/06/1999 (22A 3M 19D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 535329 - GUSTAVO FREITAS DE SOUZA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/10/2021 17:03 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE RELATA CONTUSÃO EM TORNOZELO ESQUERDO EM DIVIDIDA DE BOLA HÁ 2 DIAS. DEAMBULANDO COM MULETAS.

EFO DE TORNOZELO ESQUERDO:
EQUIMOSE EM REGIÃO RETROMALEOLAR MEDIAL
DOR À PALPAÇÃO EM LIGAMENTO DELTOIDE
ADM TOTAL
FM NORMAL
NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES

PT:
RX
REAVALIO APÓS

6689580

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: CONTUSÃO Obs.: ESQUERDO	1					
2 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: CONTUSÃO Obs.: ESQUERDO	1					

04/10/21 Liza

VISITA HOSPITALAR

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

Ivan Santini Silva
Ortopedia e Traumatologia
IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982 / FORT-12349

PRESCRIÇÃO.: 6170451 DATA: 04/10/2021 17:56
USUÁRIO....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 6689580 DT NASC: 17/06/1999 (22A 3M 19D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 535329 - GUSTAVO FREITAS DE SOUZA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/10/2021 17:03 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA NO MOMENTO

PT:
ORIENTAÇÕES GERAIS
ANALGESIA
ATESTADO DE 3 DIAS
RETORNO AMBULATORIAL

IVAN SANTINI SILVA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 32982

IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982

Atendimento: 6689580 Pedido: 2373005 Ac. Number: 2962876
Registro / Nome: GUSTAVO FREITAS DE SOUZA SILVA
Data de Nascimento: 17/06/1999 Idade: 22 anos, 3 meses e 17 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 04/10/2021 17:37:00 Laudado: 08/10/2021
10:18:05
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: IVAN SANTINI SILVA

RX - PÉ ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.


ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM-PR: 4608

Dados do Atendimento

Atendimento: 6689580 Data/Hora: 04/10/2021 17:03 Prioridade: Baixa
Paciente: 535329 - GUSTAVO FREITAS DE SOUZA SILVA Sexo: M Nasc.: 17/06/1999 (22a 3m 19d)
Prestador: 4031 - SAMUEL MACHADO Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: PCT REFERE ENTORSE EM TORNOZELO ESQUERDO HÁ 2 DIAS, DOR E EDEMA NO LOCAL

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT:98% FR:16

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 130 x 60 mmHG Pulso: 60 bpm Temperatura: 36,5 °C

Neurologia

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: VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

Angela M^a Faustino
TÉC. EM ENFERMAGEM
COREN-PR-119753-1