

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

2 - Nº Guia no Prestador **6678114000000**

1 - Registro ANS **000000** 3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização **20/10/2021** 5 - Semha **3938** 6 - Data de Validade da Semha **3938** 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora **3938**

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira **1118863** 9 - Validade da Carteira **01/01/2029** 10 - Nome **HILARY VICTORIA MONTENEGRO KIBLIK** 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde **11** 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 **MARTA ALICE PIRES LAZARO FAY NEVES** 16 - Conselho Profissional **06** 17 - Número no Conselho **32593** 18 - UF **41** 19 - Código CBO **225112** 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Carteira do Atendimento **2** 22 - Data da Solicitação **20/10/2021** 23 - Indicação Clínica

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

Dados do Contrato Executado
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 (acidente 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	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 27/09/2021	16:30	16:30	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1,0	100,00	100,00
2 27/09/2021	16:31	16:31	22	40804062	RX - PATELA	001			36,72	36,72	36,72
3 27/09/2021	16:31	16:31	22	40804062	RX - PATELA	001			1,0	36,72	36,72

Identificação do(a) Profissional(a) Escusante(s)
48 - Sq. Ref. **1** 49 - Gr. Part. **12** 50 - Cod na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional **23876304000112 PLANTAO SAMUEL MACHADO** 52 - Conselho Prof **06** 53 - Número no Conselho **28684** 54 - UF **41** 55 - Código CBO **225125**

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\$) **173,44** 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 Gases Medicinais (R\$) **0,00** 65 - Total Geral (R\$) **173,44**

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

Impresso por: BSKOTTA Data/Hora: 20/10/2021 09:26:52 Contato/Loc: 3592394 Atendimento: 9878114 Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
CNPJ: 23.876.804/0001-12
FATURAMENTO
2562801

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Hilary Victoria Montenegro Kublik*

Nº da Carteira: 11.1.8863

Instituição: IAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 25/01/2005

Nº da Guia: 3938



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/09/2021	15:00:00	Fap	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição
A aluna estava preste a escorregar numa lona, quando foi girar para escorregar de costas, bateu numa pedra (que estava para segurar a lona) o joelho esquerdo. Refere dor no membro atingido.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Alessandra Cirilo	(66) 98144-4975

Quem prestou primeiros socorros	Data
Vinicius Cladeira	26/09/2021

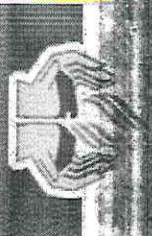
Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá sa	31, Av. Independência	3	Zona 04	(44) 3220-6000

Observações
Como não houve melhora, a aluna será encaminhada ao médico.

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 - Bigorriho - 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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 3938

1 - Registro ANS 000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número de Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 1118863

9 - Validade da Carteira

10 - Nome HILARY VICTORIA MONTENEGRO KIBLIK

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora 23876304000112

14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante MARTA AHICE PIRES LAZARO-FAY NEVES

16 - Conselho Profissional 6

17 - Número no Conselho 32693

18 - UF 41

19 - Código C.O.C 225112

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 27/09/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039

26 - Descrição Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic. 15384

28 - Ql. Autoriz. 1

29 - Ql. Valor 0

Dados do Contratado Executante:

29 - Código na Operadora 23876304000112

30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES 93865230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente 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 - Qlde. 43 - Via 44 - Tbc. 45 - % Red / Acres. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ret.

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 Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

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 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

6678114



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

2 - Nº Guia no Prestador **6678114**

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
3938

4 - Data de Autorização

5 - Semana

6 - Data Validade da Saúde

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
11188663

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
HILARY VICTORIA MONTENEGRO KIBLIK

11 - Número da Cartão Profissional da 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
MARTA ALICE PIRES HAZARO FAY NEVES

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
32593

18 - UF
41

19 - Código CBO
225112

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
27/09/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
22

26 - Descrição
40804062

27 - Quantidade
RX - Patela

28 - Quantidade
1

29 - QLSA
0

30 - QLAutoriz
0

Dados do Contratado

31 - Código na Operadora
23876304000112

32 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

33 - Código CNES
9365230

Dados do Assinante

34 - Tipo Atendimento

35 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)

36 - Tipo de Consulta

37 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

38 - Data

39 - Hr. Inicial

40 - Hr. Final

41 - Tabela

42 - Código do Procedimento

43 - Descrição

44 - Cidade

45 - Via

46 - Ttcc

47 - Valor Realiz. (R\$)

48 - Valor Realiz. (R\$)

49 - Valor Realiz. (R\$)

50 - Valor Realiz. (R\$)

51 - Valor Realiz. (R\$)

52 - Valor Realiz. (R\$)

53 - Valor Realiz. (R\$)

54 - Valor Realiz. (R\$)

55 - Valor Realiz. (R\$)

56 - Valor Realiz. (R\$)

57 - Valor Realiz. (R\$)

58 - Valor Realiz. (R\$)

Identificação do(ve) Profissional Excedente(s)
49 - Sig. Prof. 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - 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 Opõe. (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Casos Médicos (R\$)

65 - Total Custos (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Benef. ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

6678114



Atendimento: 6678114 Pedido: 2369171 Ac. Number: 2958093
Registro / Nome: HILARY VICTORIA MONTENEGRO KIBLIK
Data de Nascimento: 25/01/2005 Idade: 16 anos, 8 meses e 2 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 27/09/2021 16:31:00 Laudado: 28/09/2021
11:17:16
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 6678114 Pedido: 2369171 Ac. Number: 2958094
Registro / Nome: HILARY VICTORIA MONTENEGRO KIBLIK
Data de Nascimento: 25/01/2005 Idade: 16 anos, 8 meses e 2 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 27/09/2021 16:31:00 Laudado: 28/09/2021
11:17:18
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 6157766 DATA: 27/09/2021 16:30
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6678114 DT NASC: 25/01/2005 (16A 8M 2D)
CONVÊNIO....: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 534716 - HILARY VICTORIA MONTENEGRO KIBLIK
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/09/2021 15:21 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARTA ALICE PIRES LAZARO FAY NEVES
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

1ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM DOR EM JOELHO ESQUERDO APOS TRAUMA ONTEM
RELATA DOR DE INICIO APÓS TRAUMA ONTEM

EFO
EDEMA
DOR A PALPAÇÃO EM PATELA
ADM LIMITADA PELA DOR
PELE INTEGRAL

PLANO
SOLICITO RX
REAVALIO APÓS

6678114

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF JOELHO OU ROTULA:A.P. - LAT. - AXIAL	2						
Justificativa.: ESQ - AP + P + AXIAL							

VISITA HOSPITALAR

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

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 III TEOT 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

PRESCRIÇÃO.: 6157810 DATA: 27/09/2021 17:04
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6678114 DT NASC: 25/01/2005 (16A 8M 3D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 534716 - HILARY VICTORIA MONTENEGRO KIBLIK
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/09/2021 15:21 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARTA ALICE PIRES LAZARO FAY NEVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX PATELA SEM SINAIS DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

CD: ORIENTAÇ~EOS GERAIS
GELO LOCAL
ANALGESIA
ATESTADO 3 DIAS
RETORNO EM 1 SEMANA NO AMBULATÓRIO
REPOUSO
ALTA

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.824 - TEOT 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684



6678114

Nome do Paciente _____ Data de Nascimento ____/____/____

Convênio _____ Atendimento _____ Data do Atendimento 27/09/2021 Referência _____

Origem SIATE SAMU VIAPAR SRS OUTROS

Tipo de Ocorrência
 TRAUMA AGRESSÃO QUEDA
 CLÍNICO FAB QUEIMADURA
 ORTOPIEDIA FAF AFOGAMENTO

Mecanismo
 ATROPELAMENTO AUTO X CAMINHÃO
 QUEDA MOTO AUTO X AUTO
 QUEDA BICICLETA OUTROS: _____
 AUTO X MOTO EJETADO SIM NÃO

<p>NEUROLÓGICO</p> <input type="checkbox"/> AUSENTE <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> CONFUSO <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> DESCONEXO <input type="checkbox"/> INCOMPREENSÍVEL	<p>RESPIRATÓRIO</p> <input type="checkbox"/> AUSENTE <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> ASSISTIDA	<p>CIRCULATÓRIO</p> <input type="checkbox"/> AUSENTE <input checked="" type="checkbox"/> NORMOCARDICO <input type="checkbox"/> BRADICARDICO <input type="checkbox"/> TAQUICARDICO	<p>VIAS AÉREAS</p> <input checked="" type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL <input type="checkbox"/> EDEMA DE GLOTE	<p>PELE</p> <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> PALIDEZ <input type="checkbox"/> CIANOSE <input type="checkbox"/> ICTERÍCIA <input type="checkbox"/> QUENTE/SECA <input type="checkbox"/> FRIA/PEGAJOSA
--	---	---	--	---

DADOS VITAIS: PA: 101/55 BPM: 56 FR: 18 SPO2: 94% T: 36,2 Glasgow: 15

COMORBIDADES
 HAS DM CARDIOPATA NÃO
 NEFROPATA HEPATOPATA OUTRAS

ALERGIAS
 NÃO SIM
 Qual(is) neega

PRINCIPAIS LESÕES
 ESCORIAÇÃO CONTUSÃO LACERAÇÃO LUXAÇÃO FRAT.FECHADA FRAT.EXPOSTA
 F.C.C LOCAL: _____

PROTOCOLO DOR TORÁCICA
 Hora da admissão: _____ Hora da realização ECG: _____ Cateterismo de urgência? NÃO SIM

PROTOCOLO AVC
 Início dos sintomas: _____ Hora da admissão: _____ Hora Tomografia de Crânio: _____
 Hora avaliação Neurologista: _____ Indicada Trombólise? NÃO SIM

PROTOCOLO SepsE - PACOTE PRIMEIRA HORA
 Hora do início do Protocolo: _____

Coleta de exames laboratoriais - duas amostras distintas de Hemocultura
 Laudo de gasometria com lactato em 30 minutos
 Prescrição e administração de antibiótico
 Início de ressuscitação volêmica - se hipotensão
 Início droga vasoativa (Noradrenalina) - se ressuscitação volêmica ineficaz.

Internação Alta Óbito Contra referência



ORA

Dados do Atendimento

Atendimento: 6678114 Data/Hora: 27/09/2021 15:21 Prioridade: Baixa
Paciente: 534716 - HILARY VICTORIA MONTENEGRO KIBLIK Sexo: F Nasc.: 25/01/2005 (16a 8m 2d)
Endereço: 4131 - MARTA ALICE PIRES LAZARO FAY NEVES Especialidade: 28 - NEUROLOGIA
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clínica

Comissão

Primeiro atendimento? Sim Não Retorno com a mesma queixa? Sim Não
Queixa principal: TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO ONTEM / EDEMA E ALGIA EM LOCAL

Doenças Crônicas e Alergias

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

Sinais Vitais

A.: 101 x 55 mmHG Pulso: 56 bpm Temperatura:

Exatologia

Questionário

Parto: 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
Idade: UF: Hospital: VERDE

Outros

Tratamento? Sim Não Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: