

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

2 - Nº Guia no Prestador 6687481000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
03/10/2021

5 - Senha

4019

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4019

8 - Número da Carteira
1141544

9 - Validade da Carteira
12/12/2022

10 - Nome

RUBENS RODRIGO VILHALVA PERALTA

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
IVAN SANTINI SILVA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

32982

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exams Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

03/10/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Escalante

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 Exams Realizados

36-Data	37-Hr. Inicial	38-Hr. Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtd.	43-Via	44-Réc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	03/10/2021	20:02	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001				1,0	100,00
2	03/10/2021	20:03	22	40804097	RX - PE OU PODOFACTILIO	001				1,0	35,64
3	03/10/2021	20:13	22	30729149	FRATURA E/OU LUXACOES DO PE (EXCETO ANTEPE) - REDU	001	1			1,0	67,00

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	IVAN SANTINI SILVA	06	32982	41	225270
3	12	23876304000112	IVAN SANTINI SILVA	06	32982	41	225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

5 -

7 -

9 -

10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
202.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
84.26

62 - Total de CFME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
286.90

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS (para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada		3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado		5 - Código CNEs	
000000		4019		23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		9365230	

Despesa Realizada	6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtde.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material	1	03	03/10/2021	19:47:00	a	19:47:00	19	70034192			54,52
20 - Descrição:	20	03	03/10/2021	19:47:00		19		70034710			29,74
20 - Descrição: Aladura Ortopédica de Algodão e Algodão Ortopédico - Aladura Ortopédica de Algodão Cremer 20cm x 1,0											

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0,00	0,00	84,26	0,00	0,00	0,00	84,26

Impresso por: BSIROTTA

Data/Hora: 20/10/2021 09:33:45

Conta/Lote: 3548977

Atendimento: 6687481

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

3548977

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Rubens Rodrigo Vilhalva Peralta

Nº da Carteira: 11.4.1544

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 06/12/1995

Nº da Guia: 4019

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/10/2021	20:30:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Direito, Calcanhar Direito

Descrição

Aluno interno estava participando do campeonato de futsal, quando aconteceu que durante o jogo, o aluno foi chutar a bola, acabou chutando o calcanhar do colega com o pé direito. Sentiu muita algia e inchaço no mesmo instante. Sente dor ao se movimentar, tem dificuldade para se locomover. Foi atendido na enfermaria e logo encaminhado ao hospital.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Matheus Muller	(47) 99180-5378

Quem prestou primeiros socorros	Data
Thainá Teixeira	03/10/2021

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

Observações

Aluno interno foi atendido pela enfermaria. Foi colocado gelo. Como aluno relatou muita algia em pé direito, foi encaminhado ao médico.

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

Ass.:

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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador **4019**

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

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

RUBENS RODRIGO VILHALVA PERALTA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

1141544

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 GUILHERME FOGACA DE SOUZA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

45532

18 - UF

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Wladimir Silva

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data de Solicitação

03/10/2021

23 - Indicação Clínica

Consulta em pronto socorro

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Ql. Solic.

1

28 - Ql. Autoriz.

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

33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença relacionada)

34

34 - Tipo de Consulta

35

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37

37 - Hr. Inicial

38

38 - Hr. Final

39

39 - Tabela

40

40 - Código do Procedimento

41

41 - Descrição

42

42 - Qlde.

43

43 - Via

44

44 - Tdc.

45

45 - % Rod / Acresc.

46

46 - Valor Unitário (R\$)

47

47 - Valor Total (R\$)

48

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

48 - Seq. Rel.

49

49 - Gr. Prof.

50

50 - Código na operadora/CNPJ

51

51 - Nome do Profissional

52

52 - Conselho Profissional

53

53 - Número no Conselho

54

54 - UF

55

55 - Código CBO

56

56 - Data de Realização de Procedimento em Sério

57

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59

59 - Total de Realização de Procedimento em Sério

60

60 - Assinatura do Contratado

61

61 - Assinatura do Contratado

62

62 - Observação / Justificativa

63

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80

Impresso por: ATSSANTOS

Data/Hora: 03/10/2021 18:47:45

Contatado: 06/07/481

Atendimento: 6887481

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6687481

2 - Nº Guia no Prestador 6687481

Folia: 1 / 1

Centro do beneficiário 3 - Número da Carteira 1141544	9 - Veridade da Carteira (0) - Verdade	N
RUBENS RODRIGO WILHAYZA PERALTA		

21 - Código do Aumento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação de Ação
2	03/10/2021	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Quantidade	28 - Valor Unitário	29 - Valor Total
1	22	40804097	1	0	0
2	22	30729149	1	0	0
3	22	30711029	1	0	0

Dados do Contrato Exatidão 23 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome de Contrato HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINHA SA	31 - Código CRES 9366230
--	--	-----------------------------

Dados do Acidente		33 - Indicação do Acidente (ocidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Acidente		35 - Descrição do Acidente (ocidente ou doença relacionada)	
32 - Tipo Acidente							

35 - Data 37 - Ht Inicial 38 - Ht.Final 39 - Idade 40 - Config do Processador

Identificação da Profissional(iz) Excedente(a)	40 - Gr. Prof.	50 - Código na operacional/C.F.	51 - 2 ^o Item 2.40 Profissional	52 - Categoria Profissional	63 - Atividade em Exercício	64 - UF	64 - Código CBO
49 - Saq Ref.							

59 - Observação / Justificativa	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Data de Realização do Prossseguimento em Série
	1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____ 6- _____ 7- _____ 8- _____ 9- _____ 10- _____	1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____ 6- _____ 7- _____ 8- _____ 9- _____ 10- _____

59 - Total Procedimentos (R\$)	
60 - Total de Taxas e Abundantes (R\$)	
61 - Total Taxas de Matrículas (R\$)	
62 - Total do GZFE (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)	
64 - Total Gastos Médicos (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)	

59 - Total Procedimentos (R\$)				
60 - Total dos Procedimentos em andamento				
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Representante		68 - Assinatura do Contábil

Expressed for: CFS/LVA

Data/Hora: 03/10/2021 21:03:07

Contact Us: 65674931

Алгоритм: MS07461

CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Convênio

* 6687481 *

PRESCRIÇÃO.: 6168776 DATA: 03/10/2021 20:13
USUÁRIO.....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 6687481 DT NASC: 06/12/1995 (25A 9M 29D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 535233 - RUBENS RODRIGO VILHALVA PERALTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/10/2021 19:47 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

TRAUMA EM ANTE PE DIREITO JOGANDO FUTEBOL HÁ 1 DIA
EDEMA E EQUIMOSE EM ANTE PE DIREITO, SEM CREPTAÇÕES
SEM DEFORMIDADE, BOA PERFUSÃO, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO
RX FRATURA DE FP DE 4 PDD
CD IMOBILIZAÇÃO
AMBULATORIAL
ALTA

6687481

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 FRATURA DOS OSSOS DO PE - TRAT CONSERVADOR	1					[03/10]	20:13

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
4 TALA GESSADA	1					[03/10]	20:13

IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982

PRESCRIÇÃO.: 6168764 DATA: 03/10/2021 20:02
USUÁRIO....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 6687481 DT NASC: 06/12/1995 (25A 9M 29D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 535233 - RUBENS RODRIGO VILHALVA PERALTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/10/2021 19:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rúbrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO GUILHERME FOGAÇA DE SOUZA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: SERVIÇO: CLINICA MEDICA
CID.....: CICLO...: / COBERTURA:
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

6687481

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1					
Justificativa.: TRAUMA						
Obs.: DIREITO						

VISITA HOSPITALAR

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

Ivan Santini Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 32982 / TEGT-12344
IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982



Atendimento: 6687481 Pedido: 2372419 Ac. Number: 2962145
Registro / Nome: RUBENS RODRIGO VILHALVA PERALTA
Data de Nascimento: 06/12/1995 Idade: 25 anos, 9 meses e 27 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 03/10/2021 20:03:00 Laudado: 11/10/2021
07:24:38
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: IVAN SANTINI SILVA

RX - PÉ DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM SALA DE EMERGÊNCIA

ETIQUETA DO PACIENTE

RUBENS RODRIGO VILHALVA PERALTA
Front: 535233 Sexo: M
Dt. Atend: 03/10/2021
CLINICA ADVENTISTA - CLAR / CLINI
PRONTO ATENDIMENTO HSSM
6667481 141844

Data de Nascimento

Atendimento

Data do Atendimento

Referência

Origem: ☐ SIATE ☐ SAMU ☐ VIAPAR ☐ SRS ☐ OUTROS

Tipo de Ocorrência

☒ TRAUMA ☐ AGRESSÃO ☒ QUEDA
☐ CLÍNICO ☐ FAS ☐ QUEIMADURA
☐ ORTOPEDIA ☐ FAF ☐ AFOGAMENTO

Mecanismo

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

NEUROLÓGICO

☐ AUSENTE
☐ CONSCIENTE
☐ CONFUSO
☐ AGITADO
☐ DESCONEXO
☐ INCOMPREENSÍVEL

RESPIRATÓRIO

☐ AUSENTE
☐ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ ASSISTIDA

CIRCULATÓRIO

☐ AUSENTE
☐ NORMOCARDICO
☐ BRADICARDICO
☐ TAQUICARDICO

VIAS AÉREAS

☐ LIVRE
☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL
☐ OBSTRUÇÃO TOTAL
☐ EDEMA DE GLOTE

PELE

☐ NORMAL
☐ PALIDEZ
☐ CIANOSE
☐ ICTERÍCIA
☐ QUENTE/SECA
☐ FRIA/PEGAJOSA

DADOS VITAIS: PA: 12x8 BPM: 60 FR: 20 SPO2: 98 TP: 36 Glasgow 11

COMORBIDADES

☐ HAS ☐ DM ☐ CARDIOPATA
☐ NEFROPATA ☐ HEPATOPATA ☐ OUTRAS

ALERGIAS

☒ NÃO ☐ SIM
Qual(is) _____

Qual(is) _____

PRINCIPAIS LESÕES

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

PROTOCOLO DOR TORÁCICA

Hora da admissão: _____ Hora encaminhamento internação: _____
Hora da realização ECG: _____ Hora contato Hemodinâmica: _____
Hora Enc Hemodinâmica: _____ Cateterismo de urgência? ☐ NÃO ☐ SIM

PROTOCOLO AVC

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

PROTOCOLO SEPSE - PACOTE PRIMEIRA HORA

Hora do início do Protocolo: _____

☐ Coleta de exames laboratoriais - duas amostras distintas ☐ 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

Dados do Atendimento

Atendimento: 6687481 Data/Hora: 03/10/2021 19:47 Prioridade: Baixa
Paciente: 535233 - RUBENS RODRIGO VILHALVA PERALTA Sexo: M Nasc.: 06/12/1995 (25a 9m 29d)
Prestador: 5432 - PLANTAO GUILHERME FOGAÇA DE SOUZA 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: REFERE TRAUMA EM PE DIREITO JOGANDO FUTEBOL HA 1 DIA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT97%AA FR 20 DOR 05

Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: 118 x 72 mmHG Pulso: 64 bpm Temperatura: 36,2 °C

Encologia

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: