

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

2 - Nº Guia no Prestador 6741659000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Semie 4176	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4176
4 - Data de Autorização 11/11/2021	5 - Semie 4176	9 - Validade da Carteira 31/12/2022	10 - Nome DAIANE SILVA DE AGUIAR SCHULZ VAZ
Dados do Beneficiário		11 - Número da Cartão Nacional de Saúde	
8 - Número da Carteira 114578	12 - Atendimento a RN N		
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 8788
15 - Nome do Profissional Solicitante MANUEL DUARTE GILBERTO	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Cartão do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 11/11/2021	23 - Indicação Clínica	27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição		
Dados do Contratado Exequente			
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 05	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	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-Procedimento 41-Descrição 1 05/11/2021 16:45 22 41101316 RM - ARTICULAR (POR ARTICULACHO)	42-Qtda. 43-Via 44-Tec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 700.88 700.88		
Identificação do(a) Profissional(a) Exequente(a)			
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			
1 - / /	3 - / /	5 - / /	7 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /
59 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 700.88	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\$) 700.88	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

FATURAMENTO

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

CNPJ: 23.876.304/0001-12

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: *Daiane Dilsa de Aguiar Schulz Vaz*
Nº da Carteira: *11 4.576*
Instituição: *AP - Ensino Superior*

Data de Nascimento: *25/09/1999* Nº da Guia: *84176*

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
<i>30/09/21</i>	<i>15:00</i>	<i>Campus</i>	<i>Eventos esportivos</i>

O que aconteceu: *bloco com dispositivo fixo* Partes do corpo: *perna esquerda / tornozelo da perna esquerda*

Descrição: *A aluna relata que estava participando de um jogo (evento promovido pela escola) quando em uma prova, ocorreu o ferimento na perna esquerda com um pedacinho.*

Testemunha da ocorrência: *Adrielly Marques* Telefone: *(51) 98338-7693*

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
<i>Hospital Bom Samaritano (mê)</i>	<i>31, AV Independência</i>	<i>3</i>	<i>Zona 4</i>	<i>(41) 3220-6020</i>

Observações: *Liberação da responsabilidade médica do ferimento na perna esquerda.*

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000 602.977

Ass.:

DAIANE SILVA DE AGUIAR SCHULZ VAZ
25/09/1999 F 22a 1m 12d
INST. ADVEN N. Cart. 114576



2391223

638884
Dta Ped08/11/2021
Atend: 6741859

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



Atendimento: 6741659 Pedido: 2391223 Ac. Number: 2985766
Registro / Nome: DAIANE SILVA DE AGUIAR SCHULZ VAZ
Data de Nascimento: 25/09/1999 Idade: 22 anos, 1 mês e 10 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 05/11/2021 16:45:00
Laudado: 10/11/2021
15:53:00
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: MANUEL DUARTE GILBERTO

Rm De Joelho Esquerdo (Unilateral)

MÉTODO

Exame de ressonância magnética realizado pelas técnicas de FSE, com ponderações em T1 e T2, com aquisições multiplanares.

ANÁLISE

Pequena bursite pré-patelar.
Patela tópica.
Superfícies condrais da tróclea femoral e femorotibiais preservadas.
Estruturas ósseas com morfologia e sinal preservados.
Meniscos lateral e medial sem alterações.
Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.
Estruturas tendíneas sem alterações.
Ausência de derrame articular.
Fossa poplíteia livre.

RENÉ KEIZO ARIKAWA
CRM- SP: 98744

Le Paire Lib. de Apoio
Schultz

Solicit. RNP/poli
(perat ligamento +
perat peroneal)
pelo b.

11/11/2011

Dr. Marcos Duarte Gilberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12.345

Termo de Consentimento Ressonância Magnética

DECLARO, que:

1. Autorizo o corpo clínico do Centro de Diagnóstico por Imagem do Hospital Bom Samaritano de Maringá a realizar o exame solicitado e a praticar todos os atos médicos e de enfermagem dele decorrentes.
2. Estou ciente que no exame de Ressonância do fêmur esquerdo ao qual serei submetido (a) poderá ser necessário o uso de meio de Contraste via endovenosa, para obtenção de melhor resultado no diagnóstico. A administração do contraste não é totalmente isenta de riscos, porém torna-se fundamental em determinadas circunstâncias, pois melhoram a visualização das estruturas anatômicas.
3. Estou ciente que o uso do contraste pode causar efeitos colaterais/reações adversas incluindo náusea, cefaleia, urticária, coceira e vômitos. Muito raramente, complicações mais sérias ou reação anafilática pode ocorrer (1 caso em 100.000 – 500.000 procedimentos).
4. O exame de Ressonância Magnética utiliza um alto campo magnético associado a ondas de radiofrequência para aquisição de imagens. O campo magnético ou as ondas eletromagnéticas nos níveis que são utilizadas neste exame não são comprovadamente prejudiciais às pessoas, não sendo utilizada radiação ionizante.
5. Comprometo-me a responder o questionário abaixo com informações corretas e completas, bem como a cumprir o preparo de forma adequada para realização do exame.
6. **TODOS** os objetos metálicos, incluindo marca-passo ou implantes em olhos e aparelhos auditivos, próteses dentárias, chaves, telefones celulares, óculos, canetas, moedas, joias e qualquer outro material metálico removível deverão ser retirados, pois podem ser atraídos pelo equipamento. Portanto, a entrada na sala com estes objetos é proibida.
7. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferenciados daqueles inicialmente propostos.
8. Declaro que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter discutido e analisado com a equipe técnica os principais riscos e complicações de exames específicos à minha condição clínica, bem como de ter lido e compreendido todas as informações deste documento antes de sua assinatura.

Data do Exame: 03/11/21

Data de Nascimento: 23/09/99

Idade: 22 anos.

Nome completo: Daiane Silva de Aguiar Schulz Kay
 Peso: 64 Kg Altura: 1.33 cm Sexo: ☒ Feminino ☐ Masculino

1) Você já se submeteu a algum tipo de exame em que foi necessário o uso de contraste via endovenosa ou via oral?			
() Sim		☒ Não Qual? _____	
2) Caso a resposta da anterior seja SIM, você apresentou algum tipo de reação à substância?			
() Sim		☐ Não Qual? _____	
3) Você tem algum dos itens abaixo?			
** Marca-passo cardíaco	() Sim	☒ Não	** Trabalha com metal (serralheria, fundição)
** Clips de aneurisma	() Sim	☒ Não	** DVP – derivação ventricular (válvula de hidrocefalia)
** Implante coclear (ouvido) / Aparelhos Auditivos	() Sim	☒ Não	** Maquiagem definitiva/Tatuagem
** Lentes de contato	() Sim	☒ Não	** Piercing
** Stents/Clips cirúrgicos (vesícula, intestino, estômago, e etc.)	() Sim	☒ Não	** Dispositivo intra-uterino (DIU ou Mirena)
** Pino, prótese ou implante eletrônico, magnético, mecânico	() Sim	☒ Não	** Dentadura ou prótese fixa
** Válvula cardíaca	() Sim	☒ Não	** Expansor mamário
** Fragmento ou projétil metálico	() Sim	☒ Não	** Outro tipo de material implantado. Qual? _____
		() Sim	☒ Não
4) Já fez exame de Ressonância Magnética? Teve alguma intercorrência?			
Se sim, favor descrever: _____			
		() Sim	☒ Não
5) Sofre de claustrofobia ou outros impedimentos para permanecer dentro do aparelho?			
		() Sim	☒ Não



TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

DAIANE SILVA DE AGUIAR SCHULZ VAZ
25/09/1989 F 22a 1m 12d
INST.ADVEN N.Cart:14678

538864
Dta Pad:05/11/2021
Atend: 6741859



2391223

MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE	MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE
Abbocath Nº 18	Un	298		Luva de procedimento M	Un	999	
Abbocath Nº 20	Un	299	0	Luva de procedimento G	Un	998	
Abbocath Nº 22	Un	300		Luva estéril nº _____	Par		
Abbocath Nº 24	Un	301		Luva plástica	Par	1001	
Agulha 40X12	Un	181	01	Luva vinil _____	Par		
Agulha 30x7	Un	180		Máscara procedimento	Un	1081	
Agulha 25x7	Un	179		Micropore 25 mm	Cm	145	
Agulha tru cut 14 gx 15mm	Un	11433		Micropore 50 mm	Cm	148	50
Aparelho para tricotomia	Un	1008		Polifix padrão 2 vias	Un	425	
Catéter de oxigênio	Un	7313		Preservativo sem lubrificante	Un	1058	
Compressa gaze	Pac	356		Protetor auricular	Un	7009	
Eletrodo de carbonq	Un	28848		Safeflow	Un	29077	
Eletrodo desc de papel	Un	117		Seringa desc 10 ml luer look	Un	1142	
Eletrodo meditrace	Un	6375		Seringa desc 10 ml	Un	740	01
Equipo macrogotas	Un	497		Seringa desc 20 ml	Un	741	
Equipo intrafix compact air	Un	12155		Seringa desc 60 ml	Un	742	
Escalpe nº _____	Un			Sonda de aspiração nº 10	Un	745	
Esparadrapo	Cm	123		Sonda de aspiração nº _____	Un		
Extensofix 20 cm	Un	419		Stopper	Un	5725	
Extensofix 120 cm	Un	421		Torneirinhas 3 vias	Un	426	
Lanceta safe t pro uno	Un	22279		Tubo flexível do paciente	Un	29688	
Luva de procedimento P	Un	1000					

SINAIS VITAIS

Início	PA: 120 X 80 mmHg	Sat O ₂ : _____ %	Glicemia capilar: _____ mg/dl	FC: _____ bcpm
Fim	PA: 120 X 80 mmHg	Sat O ₂ : _____ %	Glicemia capilar: _____ mg/dl	FC: _____ bcpm

Ligado oxigênio: _____ : _____ /min Desligado oxigênio: _____ : _____ /min

Relatório de enfermagem / Rastreabilidade

Exame realizado sem nenhuma intercorrência, paciente liberado após exame.

Carimbo e assinatura da enfermagem