

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

2 - Nº Guia no Prestador 67093386000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 11/11/2021 5 - Senha 4139 6 - Data de Validade da Senha 4139 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 114464 9 - Validade da Carteira 31/12/2022 10 - Nome IGOR YUZO FERREIRA KATO 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 06 17 - Número no Conselho 32982 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caracter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 11/11/2021 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - QI Solic. 28 - QI 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

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 - Qtd. 43 - Via 44 - Rec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
1 18/10/2021 11:09 11:09 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 001 1.0 100.00 100.00
2 18/10/2021 11:12 11:12 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) 001 1.0 35.64 35.64
3 18/10/2021 11:12 11:12 22 40804097 RX - PE OU PODOFRACTILO 001 1.0 35.64 35.64

Identificação do(a) Profissional(a) 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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58 - 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 CPME (R\$) 0.00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00 64 - Total de Gastos Médicos (R\$) 0.00 65 - Total Geral (R\$) 171.28

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Profissional Solicitante

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Igor Yuzo Ferreira Kato
Nº da Carteira: 11.4.464
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 15/01/1999

Nº da Guia: 4139

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 Esquerdo, Pé Esquerdo

Descrição

Aluno interno relata que no meio do jogo ao correr para pegar a bola, torceu o pé esquerdo, parou de jogar após o ocorrido, sente muita dor no tornozelo estando em movimento ou em repouso, e no joelho sente dor ao andar. Foi encaminhado ao médico.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bruno Rohling	(44) 99751-6623

Quem prestou primeiros socorros	Data
Thainá	17/10/2021

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 enfermagem no dia seguinte e encaminhado ao hospital após queixar-se de dor.

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 - 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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 4139

Folha: 1 / 1

1 - Registro AMS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - J. Autorizada

5 - D. Validade da Guia

6 - D. Validade da Guia Atividade pelo Operador

7 - Nome do Contratado
RICARDO YUZO FERREIRA KATO

8 - Nome do Contratado
RICARDO YUZO FERREIRA KATO

9 - Nome do Contratado
RICARDO YUZO FERREIRA KATO

10 - Nome do Contratado Profissional Solicitante

11 - Atendimento a EN

12 - Codigo de Operadora
3367334000112

13 - Nome do Contratado
HOSPIAL POM SAMARTANO DE MARINGA S/A

14 - Nome do Contratado
HOSPIAL POM SAMARTANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Contratado
HOSPIAL POM SAMARTANO DE MARINGA S/A

16 - UF
41

17 - Codigo CBO
225270

18 - Assinatura do Profissional Solicitante

19 - Codigo do Atendimento
2

20 - Data da Solicitação
18/10/2021

21 - Indicação Clínica

22 - Codigo do Procedimento
25

23 - Codigo do Procedimento
1010*039

24 - Descrição
Consulta em pronto socorro

25 - Q1 Solic. 26 - Q1 Autoriz.

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

26 - Codigo do Contratado
2367334000112

27 - Nome do Contratado
HOSPIAL POM SAMARTANO DE MARINGA S/A

28 - Codigo CNEC
9365230

29 - Nome do Contratado
HOSPIAL POM SAMARTANO DE MARINGA S/A

30 - Tipo de Contrato

31 - Modalidade de Encargamento do Atendimento

32 - Nome do Contratado
HOSPIAL POM SAMARTANO DE MARINGA S/A

33 - Data de Validade da Guia

34 - Data de Validade da Guia

35 - Valor Total (R\$)

36 - Nome do Contratado
HOSPIAL POM SAMARTANO DE MARINGA S/A

37 - Data de Validade da Guia

38 - Data de Validade da Guia

39 - Codigo CBO

40 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

41 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

42 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

43 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

44 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

45 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

46 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

47 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

49 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

50 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

51 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

52 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: APSSOUZA

Data: 18/10/2021 10:10:02

Contato: 6709386

Atendimento: 6709386

Convênio: INSI ADVENTISTA-AP

6709386

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - N° Guia no Prestador 4139

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS		3 - Nr Guia Principal		4 - Data de Autenticação		5 - Série		6 - Data Vencimento da Série		7 - Número da Guia Ativado pela Operadora	
000000		4139									
Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a Rô											
Dados da Solicitação 13 - Código da Operadora 14 - Nome do Contratado 15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - Conselho Profissional 17 - Número no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO 20 - Assinatura do Profissional Solicitante 21 - Contato do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Q1 Solic 28 - Q1 Autoriz											
114464 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A PLANTAO IVAN SANTINI SILVA 32982 41 225270 Ivan Santini Silva Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 22982 / FEOI-12349 18/10/2021 RX - Pe ou pododactilo RX - Articulacao fibirotarsica (tornozelo) 1 0 1 0											

29 - Código na Ordem						30 - Nome do Contratado						31 - Código CNES											
23876304000112						HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A						9365230											
Dados do Aferimento																							
32 - Tipo Aferimento				33 - Incl. 3º ou de Acidente (adone no doença relacionada)				34 - Tipo de Consulta				35 - Motivo de Encerramento do Aferimento											
Dados da Execução Procedimentar e Exames Realizados																							
36 - Data		37 - Hr. Inicial		38 - Hr. Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Dia		43 - Via		44 - Tec.		45 % Real / Aceite		46 Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	

43 - Sexo	44 - País	50 - Código na opérateur/C/P/F	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -	11 -	12 -	13 -	14 -	15 -	16 -
17 -	18 -	19 -	20 -	21 -	22 -	23 -	24 -
25 -	26 -	27 -	28 -	29 -	30 -	31 -	32 -
33 -	34 -	35 -	36 -	37 -	38 -	39 -	40 -
41 -	42 -	43 -	44 -	45 -	46 -	47 -	48 -
49 -	50 -	51 -	52 -	53 -	54 -	55 -	56 -
57 -	58 -	59 -	60 -	61 -	62 -	63 -	64 -
65 -	66 -	67 -	68 -	69 -	70 -	71 -	72 -
73 -	74 -	75 -	76 -	77 -	78 -	79 -	80 -
81 -	82 -	83 -	84 -	85 -	86 -	87 -	88 -
89 -	90 -	91 -	92 -	93 -	94 -	95 -	96 -
97 -	98 -	99 -	100 -	101 -	102 -	103 -	104 -
105 -	106 -	107 -	108 -	109 -	110 -	111 -	112 -
113 -	114 -	115 -	116 -	117 -	118 -	119 -	120 -
121 -	122 -	123 -	124 -	125 -	126 -	127 -	128 -
129 -	130 -	131 -	132 -	133 -	134 -	135 -	136 -
137 -	138 -	139 -	140 -	141 -	142 -	143 -	144 -
145 -	146 -	147 -	148 -	149 -	150 -	151 -	152 -
153 -	154 -	155 -	156 -	157 -	158 -	159 -	160 -
161 -	162 -	163 -	164 -	165 -	166 -	167 -	168 -
169 -	170 -	171 -	172 -	173 -	174 -	175 -	176 -
177 -	178 -	179 -	180 -	181 -	182 -	183 -	184 -
185 -	186 -	187 -	188 -	189 -	190 -	191 -	192 -
193 -	194 -	195 -	196 -	197 -	198 -	199 -	200 -
201 -	202 -	203 -	204 -	205 -	206 -	207 -	208 -
209 -	210 -	211 -	212 -	213 -	214 -	215 -	216 -
217 -	218 -	219 -	220 -	221 -	222 -	223 -	224 -
225 -	226 -	227 -	228 -	229 -	230 -	231 -	232 -
233 -	234 -	235 -	236 -	237 -	238 -	239 -	240 -
241 -	242 -	243 -	244 -	245 -	246 -	247 -	248 -
249 -	250 -	251 -	252 -	253 -	254 -	255 -	256 -
257 -	258 -	259 -	260 -	261 -	262 -	263 -	264 -
265 -	266 -	267 -	268 -	269 -	270 -	271 -	272 -
273 -	274 -	275 -	276 -	277 -	278 -	279 -	280 -
281 -	282 -	283 -	284 -	285 -	286 -	287 -	288 -
289 -	290 -	291 -	292 -	293 -	294 -	295 -	296 -
297 -	298 -	299 -	300 -	301 -	302 -	303 -	304 -
305 -	306 -	307 -	308 -	309 -	310 -	311 -	312 -
313 -	314 -	315 -	316 -	317 -	318 -	319 -	320 -
321 -	322 -	323 -	324 -	325 -	326 -	327 -	328 -
329 -	330 -	331 -	332 -	333 -	334 -	335 -	336 -
337 -	338 -	339 -	340 -	341 -	342 -	343 -	344 -
345 -	346 -	347 -	348 -	349 -	350 -	351 -	352 -
353 -	354 -	355 -	356 -	357 -	358 -	359 -	360 -
361 -	362 -	363 -	364 -	365 -	366 -	367 -	368 -
369 -	370 -	371 -	372 -	373 -	374 -	375 -	376 -

59 - Total Procedimentos (R\$)	
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total Taxas de Matrículas (R\$)	
62 - Total de OPMs (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)	
64 - Total Saneç. Medicinas (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	

impresso por LACMOREIRA

Date/Hora 18/10/2021 12:03:06

Contact: 6709385

Atendimiento: 6709386

Convênio INST ALVARENTISTA IAP

6709386



Atendimento: 6709386 Pedido: 2379986 Ac. Number: 2971716
Registro / Nome: IGOR YUZO FERREIRA KATO
Data de Nascimento: 15/01/1999 Idade: 22 anos, 9 meses e 3 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 18/10/2021 11:12:00 Laudado: 25/10/2021
14:26:41
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: IVAN SANTINI SILVA

RX - PÉ ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 6709386 Pedido: 2379986 Ac. Number: 2971717
Registro / Nome: IGOR YUZO FERREIRA KATO
Data de Nascimento: 15/01/1999 Idade: 22 anos, 9 meses e 3 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 18/10/2021 11:12:00
Laudado: 25/10/2021 14:26:42
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: IVAN SANTINI SILVA

RX - TORNOZELO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 6195226 DATA: 18/10/2021 11:09
USUÁRIO....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 6709386 DT NASC: 15/01/1999 (22A 9M 3D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 536450 - IGOR YUZO FERREIRA KATO
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 COM RELATO DE ENTORSE DE TORNOZELO A CERCA DE 5 DIAS, DEAMBULANDO SEM AUXILIO, RELATA DISCRETA QUEIXA ALGICA LOCAL, NEGANDO DEMAIS QUEIXAS.

EFO
DOR LEVE A PALPAÇÃO EM REGIÃO DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO
ADM COMPLETA
PELE INTEGRAL
NEUROVASCULAR OK

PLANO
SOLICITO RX
REAVLIO APÓS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

VISITA HOSPITALAR

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

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

IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982

PRESCRIÇÃO.: 6195336 DATA: 18/10/2021 11:52
USUÁRIO....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 6709386 DT NASC: 15/01/1999 (22A 9M 3D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 536450 - IGOR YUZO FERREIRA KATO
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

RX SEM FRATURA OU LUXAÇÕES
ENTORSE DE TORNOZELO ESQUERDO
CD ANALGESIA
ORIENTAÇÕES
REPOUSO
ALTA

6709386

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA

4 ALTA MELHORADA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

CRM-PR 32982 / TEOT-12349
IVAN SANTINI
Ortopedia e Traumatologia

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o Titular concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Para que possamos oferecer uma jornada mais completa no cuidado com a sua saúde, o Hospital Bom Samaritano de Maringá precisa de algumas informações pessoais, sendo necessário, eventualmente, o compartilhamento dessas informações com empresas parceiras e profissionais de saúde. O tratamento desses dados seguirá o disposto na nossa política de privacidade, disponível no endereço eletrônico <https://athenasauade.com.br/a-athena/politica-de-privacidade/>.

Nesse sentido, fique à vontade e marque seu consentimento para:

- ☒ Que possamos comunicá-lo(a) sobre consultas, preparo de exames, procedimentos e agendamentos;
- ☒ Que possamos ouvir a sua opinião sobre o nosso atendimento, serviços e produtos;
- ☒ Que possamos encaminhar informações relevantes sobre saúde, serviços e produtos do Hospital Bom Samaritano de Maringá e empresas do mesmo grupo;
- ☒ Que possamos utilizar os dados pessoais para envio de questionários e desenvolvimento de ações e protocolos médicos e de assistência à saúde, trabalhos científicos, pesquisas clínicas, estudos retrospectivos, observacionais e educação continuada, que podem ser compartilhados com instituições de saúde parceiras, mantendo-se sempre o sigilo da sua identidade;
- ☒ Que possamos compartilhar os dados entre empresas do mesmo grupo, profissionais de saúde e profissionais autorizados, quando necessário para a prestação dos serviços de saúde e para oferecer dicas e ações de orientações sobre a sua saúde, bem como programas de monitoramento.

Ao assinar o presente termo, o **TITULAR** consente e concorda que, o doravante denominado **CONTROLADOR**, tome decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais, bem como realize o tratamento destes, envolvendo operações de coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

Sem sua concordância não poderemos comunicá-lo(a) sobre suas consultas e procedimentos, ouvir sua opinião sobre nosso atendimento e melhorar nossos serviços, dividir informações sobre saúde e prevenção, nem compartilhar e aprimorar técnicas médicas e/ou tratamentos para difundir conhecimento.

Declaro que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre o tratamento dos meus dados, sendo-me prontamente respondido e esclarecidas todas as minhas dúvidas, bem como esclarecido que este consentimento poderá ser revogado pelo **TITULAR**, a qualquer momento, mediante solicitação via e-mail lgpd@athenasauade.com.br. Sendo assim, declaro que estou de acordo com a utilização dos meus dados pessoais nos termos deste consentimento.

Local e Data:	Maringá, 15 de Outubro de 2021
Nome completo	Igor Guzzo Ferreira Kato
CPF	064.47.98 7181
E-mail	X Katoiguzo75@gmail.com
Assinatura do paciente e/ou responsável legal	X Igor Guzzo F. Kato

[illegible]