

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

2 - Nº Guia no Prestador 7098277000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 23/05/2022	5 - Setor 6282
6 - Data de Validade da Setor 6282	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Nome do Beneficiário LAURA ODA	
9 - Validade da Carteira 31/12/2023	
10 - Nome LAURA ODA	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N	
13 - Código da Operadora 23876304000112	
14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO LEONARDO BENI GOMES	
16 - Conselho Profissional 06	
17 - Número no Conselho 43499	
18 - UF 41	
19 - Código CBO 225125	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento 2	
22 - Data da Solicitação 23/05/2022	
23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Ql.Solic. 28 - Cl.Autoriz.	
29 - Código na Operadora 23876304000112	
30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
31 - Código CNES 9366230	
32 - Tipo Atendimento 04	
33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9	
34 - Tipo de Consulta 1	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 23/05/2022 08:17 08:17 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 23/05/2022 08:18 08:18 22 40804089 RX - ARTICULACAO TIBIOFARSICA (TORNOZELO) 3 23/05/2022 08:18 08:18 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILIO 42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 100.00 001 1.0 35.64 001 1.0 35.64	

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod 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 232710
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 - / / 3 - / / 5 - / / 7 - / / 9 - / /	2 - / / 4 - / / 6 - / / 8 - / / 10 - / /
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 OPMs (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00
65 - Total Geral (R\$) 171.28	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
68 - Assinatura do Contratado	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

	Aluno: Laura Odia Nº da Carteira: 11.4.9937 Instituição: IAP - Ensino Superior	Data de Nascimento: 16/08/2003 Nº da Guia: 6282

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/05/2022	21:30:00	Ginásio	Deslocamento interno

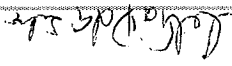
O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição
 A aluna interna relata que estava na arquibancada do ginásio, ao descer a mesma, de maneira normal, torceu o pé, causando edema e dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Wesley Dias Dias	(47) 99671-2746

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Observações
 A aluna foi atendida na enfermaria, foi colocado gelo até o momento, mais ainda refere dor e dificuldade ao deambular. Achei melhor encaminhá-la ao hospital.

Ass.: 
 Célia T. D. da Silva
 Enfermeira
 Coren/PR 000 802.977

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)

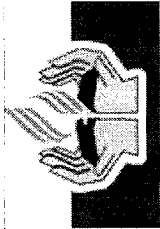
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
 Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorinho - Curitiba - Paraná - 80730-070
 Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
 assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

A16

2 - N.º Guia no Prestador

Folha: 1 / 1

3 - Nr. Guia Principal 6282		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
5 - Senha		6 - Data Validade da Senha	
Dados do Beneficiário		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
3 - Número da Carteira 1149937		10 - Nome LAURA ODIA	
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO LEONARDO BENI GOMES		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 43499		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 23/05/2022	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	
27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.		29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado	
31 - Código CNES 9365230		32 - Tipo Atendimento	
33 - Indicação de Adcidente (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data	
37 - Hr. Inicial		38 - Hr. Final	
39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Qlde.	
43 - Via		44 - Téc.	
45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)		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 Séde	
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 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	

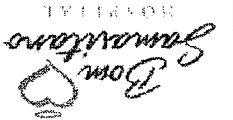


GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 6282

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	9 - Validade da Carteira	10 - Nome LAURA ODIA	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 1149937	9 - Validade da Carteira	10 - Nome LAURA ODIA	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 PLAFAO LEONARDO BENI GOMES	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 43499
18 - UF 41	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>PLAFAO LEONARDO BENI GOMES</i>	21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 23/05/2022
23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qt. Solic. 1
28 - Qt. Autoriz. 0				
Dados do Contratado Executor				
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 (evento ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data 1	37 - Hr. Inicial 22	38 - Hr. Final 10101039	39 - Tabela 10101039	40 - Código do Procedimento 10101039
41 - Descrição Consulta em pronto socorro	42 - Cide 1	43 - Via 1	44 - Tec. 0	45 - % Red / Acresc. 0
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)			
Identificação do(a) Profissional(a) Executor(a)				
48 - Seq. Rel. 49 - Gr. Part.	50 - Código na operadora/CPP	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	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 Médicos (R\$)	65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				



Atendimento: 7098277 Pedido: 2513875 Ac. Number: 3139103
Registro / Nome: LAURA ODIA
Data de Nascimento: 16/08/2003 Idade: 18 anos, 9 meses e 7 dias Sexo: F
Pedido do Exame: 23/05/2022 08:18:00
Convenio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: IVAN SANTINI SILVA
Laudado: 25/05/2022 08:03:22

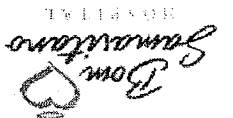
RX - PÉ DIREITO

Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUETAKI YONEKURA

CRM-PR: 4608



Atendimento: 7098277 Pedido: 2513875 Ac. Number: 3139104
Registro / Nome: LAURA ODIA
Data de Nascimento: 16/08/2003 Idade: 18 anos, 9 meses e 7 dias Sexo: F
Pedido do Exame: 23/05/2022 08:18:00
Convenio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: IVAN SANTINI SILVA
Laudado: 25/05/2022 08:03:52

RX - TORNOZELO DIREITO

Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUETAKI YONEKURA

CRM-PR: 4608

Página: 1/1

Emitido Por: ISSILVA

Data: 23/05/2022 08:18

PRESCRIÇÃO: 6667227 DATA: 23/05/2022 08:17
USUÁRIO: ISSILVA
ATENDIMENTO: 7098277 DT NASC: 16/08/2003 (18A 9M 7D)
CONVENIO: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE: 563922 - LAURA ODIA
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO: 23/05/2022 07:27 0 DIAS(S) INT
MÉDICO: PLANTAO LEONARDO BENI GOMES
UNID. INT.: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM
CID: /
DIAGNÓSTICO: PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENTORSE DE TORNZELO D HÁ 9 DIAS
BOA PERFUSAO, SEM DEFICI T MOTOR, SEM DEFORMIDADES
CD SOLICITO RX

7098277

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO)

Justificativa: d

Obs.: d

2 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS

Justificativa: d

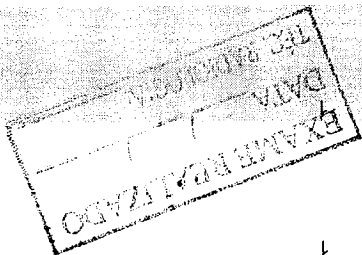
Obs.: d

VISITA HOSPITALAR

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

3 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982



PRESCRIÇÃO: 6667310 DATA: 23/05/2022 08:38

USUÁRIO: ISSILVA

ATENDIMENTO: 7098277 DT NASC: 16/08/2003 (18A 9M 7D)

CONVÊNIO: INST. ADVENTISTA-IAP

PACIENTE: 563922 - LAURA ODIA

PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:

INTERNAÇÃO: 23/05/2022 07:27 0 DIAS(S) INT

MÉDICO: PLANTAO LEONARDO BENI GOMES

UNID. INT.: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM

CID.: /

DIAGNÓSTICO:

PROTÓCOLO:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

rx se fratura ou luxações
entorse de tornozelo d
cd analgesia
orientações
repouso
alta



IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982

Rubrica do
Médico

1ª VIA

Dados do Atendimento

Atendimento: 7098277 Data/Hora: 23/05/2022 07:27 Prioridade: Baixa
Paciente: 563922 - LAURA ODIA
Prestador: 5017 - PLANTAO LEONARDO BENI GOMES
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM
Especialidade: 98 - CLINICO GERAL
Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clinica

Admissão

Primeiro atendimento? ☐ Sim ☒ Não ☐ Retorno com a mesma queixa? ☐ Sim ☒ Não ☐
Queixa principal: ENTORSE DE PE DIREITO HA 9 DIAS / REFERE DOR EM LOCAL

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT 100%/ DOR05
Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: 135 x 80 mmHG Pulso: 62 bpm Temperatura: 36,2 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócio ☐ Sim ☒ Não
Menarca: ☐ Sim ☒ Não
Últ. Menstruação: ☐ Sim ☒ Não
Nº de Partos: ☐ Sim ☒ Não
1º Congresso Sexual: ☐ Sim ☒ Não
Higiene Bucal: Boa
Cidade: ☐ Sim ☒ Não
Outros: ☐ Sim ☒ Não
Prótese Dentária? ☐ Sim ☒ Não
Bebe Alcool? ☐ Sim ☒ Não
Fumante? ☐ Sim ☒ Não
Dor? ☐ Sim ☒ Não
Câncer na Família? ☐ Sim ☒ Não
Consultou o médico? ☐ Sim ☒ Não
UF: ☐ Sim ☒ Não
Hospital: VERDE

Tratamento? ☐ Sim ☒ Não ☐ Qual?
Medicações:
Antecedentes Patológicos:
Histórico da Doença:
Observações:

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	5135050143
DATA DE EXPIRAÇÃO	24/08/2017
NOME LAURA ODIA	
FILIAÇÃO	ALCINDO JOSÉ MEZZACASA ODIA
NATURALIDADE	LUCIDALVA ODIA
	BENTO GONÇALVES RS
ENDEREÇO	C NASC 38017 BENTO GONÇALVES RS
	LV A33 FL 46 1.º DISTRITO
CNPJ	046.431.200-02
PERFIL	1 VIA
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
152185 / 152185	

