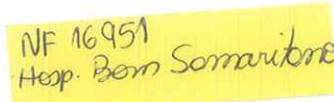


 Prefeitura do Município de Maringá Secretaria de Fazenda Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e		Número 16.951 Código verificação 7DA-C05-046 Emitido em 15/02/2021 11:31:15			
RPS Nº 16891 Série F de 15/02/2021 Lote 39556					
Prestador de Serviços					
CNPJ: 23.876.304/0001-12		Inscrição Municipal: 191342			
Razão Social: HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A		Nome Fantasia: HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A			
Endereço: AVENIDA INDEPENDENCIA, 93, DT 01 A 14, Zona 04					
Município: MARINGÁ - PR					
Email: contabilidade@santaritasauade.com.br					
		CEP: 87.015-020		Fone: (44) 3041-7312	
Tomador de Serviços					
CNPJ: 15.116.763/0004-12					
Razão Social: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE					
Endereço: JULIO DA COSTA, 1447, Bigorilho					
Município: CURITIBA - PR		CEP: 80.730-070			
Email: jadertinelli@clinicaadventista.org.br		Fone: (04) 13240-2935			
Discriminação dos Serviços					
CONSULTAS MEDICAS R\$ 300.00 MATERIAL HOSPITALAR R\$ 264.60 MEDICAMENTOS R\$ 26.85 RADIOLOGICO R\$ 73.44 REPASSE DE					
SERVICOS DE TERCEIROS R\$ 56.50 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA R\$ 627.90 ISS 2.00 R 26.99 PIS 0.00 R					
0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00					
					
Valor Total da NFS-e			R\$ 1.349,29		
Item da Lista de Serviços					
04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.					
Valor Total Deduções	Desc. Incondicionado	Base de Cálculo	Aliquota (%)	Valor do ISSQN	
0,00	0,00	1.349,29	2,00	26,99	
Valor do PIS	Valor da COFINS	Valor do INSS	Valor do IRRF	Valor do CSLL	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Outras Retenções	Desc. Condicionado	Valor Líquido	Competência	Resp. Recolhimento do ISS	
0,00	0,00	1.349,29	02/2021	Prestador	
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor	
Não	Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR	
Outras Informações					
Consulte a autenticidade deste documento em https://ecity.maringa.pr.gov.br					

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
INDEPENDENCIA 93 ZONA 04 CEP: 87015-020
MARINGA - PR E-mail:
TELEFONE:3032-1818
INSCR. C.N.P.J.: 23.876.304/0001-12
INSCR. C.C.M.: 191342
INSCR. ESTADUAL: ISENT0

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS Série: F
Nº 16891
NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica
DATA DE EMISSÃO 15/02/2021 FOLHA 1
NFE:
cod. Verificacao:

RESPONSÁVEL: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

ENDEREÇO: JULIO DA COSTA,1447

MUNICÍPIO: CURITIBA

FONE RES.: (41)3240-2935

FONE COM.: (41)3240-2935

No. INSCR. C.P.F./C.N.P.J: 15.116.763/0004-12

No. INSCR. EST./RG: ISENT0

BAIRRO: BIGORRILHO

ESTADO: PR

CEP: 80730070

E-MAIL: JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.OF

No. INSCR. C.C.M.:

OBS.:

UNID.	QTDE.	DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
		CONSULTAS MEDICAS	300,00	300,00
		MATERIAL HOSPITALAR	264,60	264,60
		MEDICAMENTOS	26,85	26,85
		RADIODIAGNOSTICO	73,44	73,44
		REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS	56,50	56,50
		TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	627,90	627,90
		ISS 2.00 R 26.99 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	1.349,29	
		TOTAL DO RPS =>		1.349,29

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A os serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 16891

DATA RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Este documento trata-se de um RPS (Recibo Provisório de Serviços) que será convertida em Nota Fiscal Eletrônica em prazo legal

Agrupamento: **1 - AMBULATORIAL** Tipo de Agrupamento: **CONTA AMBULATORIAL**

Remessa: **83665** Competência: **02/2021**

Entrega: **11/02/2021**



Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

Nota Fiscal 16891 Série: F

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
27/09/2020	27/09/2020	6210806000000		3390522	6210806	SILVERIO REIS FEITOZA JUNICPRONTO SOCORRO	1.349,29

Total : 1 1.349,29

Total Geral : 1 1.349,29

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

2 - N° Guia no Prestador 6210806000000

Folha: 1 / 2

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autenticação		5 - Senha					
Dados do Beneficiário				11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
8 - Número da Carteira 0000000897		9 - Validade da Carteira 01/01/2022		10 - Nome SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR		12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante							
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		17 - Número no Conselho 44.678		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE		16 - Conselho Profissional 06		18 - UF 41		19 - Código CBO 225125	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados							
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 27/09/2020		23 - Indicação Clínica		27 - Qi Solic. 28 - Qi Autoriz.	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição			
Dados do Contrato Executante							
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A					
32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		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 - Têc.		45 - Fator R/Acr		46 - Valor Unitário		47 - Valor Total	
1 27/09/2020 12:42		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
2 27/09/2020 12:42		22		10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	
3 27/09/2020 12:42		22		30101794		SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS COM OU SEM DESBRIDAM	
4 27/09/2020 12:56		22		40803074		RX - ARTICULACAO ESCAPULOMERAL (OMBRO)	
5 27/09/2020 12:56		22		40803082		RX - BRACO	
Identificação do(a) Profissional(es) Executante(s)							
48 - Sq. Ref.		49 - Gr. Part		50 - Cód na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
1 00		23876304000112		GUSTAVO JACOBUCI FARAH		52 - Conselho Prof	
2 12		23876304000112		PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE		53 - Número no Conselho	
3 00		23876304000112		GUSTAVO JACOBUCI FARAH		54 - UF	
						55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa			
1 -		3 -		7 -		9 -	
2 -		4 -		8 -		10 -	
59 - Total de Procedimentos (R\$)							
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)							
61 - Total de OPME (R\$)							
62 - Total de Medicamentos (R\$)							
63 - Total de Gases Medicinais (R\$)							
64 - Total Geral (R\$)							
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização							
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável							
67 - Assinatura do Contratado							
68 - Assinatura do Contratado							
69 - Assinatura do Contratado							
70 - Assinatura do Contratado							
71 - Assinatura do Contratado							
72 - Assinatura do Contratado							
73 - Assinatura do Contratado							
74 - Assinatura do Contratado							
75 - Assinatura do Contratado							
76 - Assinatura do Contratado							
77 - Assinatura do Contratado							
78 - Assinatura do Contratado							
79 - Assinatura do Contratado							
80 - Assinatura do Contratado							
81 - Assinatura do Contratado							
82 - Assinatura do Contratado							
83 - Assinatura do Contratado							
84 - Assinatura do Contratado							
85 - Assinatura do Contratado							
86 - Assinatura do Contratado							
87 - Assinatura do Contratado							
88 - Assinatura do Contratado							
89 - Assinatura do Contratado							
90 - Assinatura do Contratado							
91 - Assinatura do Contratado							
92 - Assinatura do Contratado							
93 - Assinatura do Contratado							
94 - Assinatura do Contratado							
95 - Assinatura do Contratado							
96 - Assinatura do Contratado							
97 - Assinatura do Contratado							
98 - Assinatura do Contratado							
99 - Assinatura do Contratado							
00 - Assinatura do Contratado							

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
CNPJ: 23.876.304/0001-12
FATURAMENTO

2 - N° Guia no Prestador **6210806000000**

Folha: 2 / 2

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		10 - Nome SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira 01/01/2022		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		18 - UF 41		19 - Código CBO 225125	
8 - Número da Carteira 0000000897		13 - Código da Operadora 23876304000112		15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE		16 - Conselho Profissional 06		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados do Solicitante		22 - Data da Solicitação 27/09/2020		23 - Indicação Clínica		27 - Qi Solic. 28 - Qi Autoriz.			
21 - Caráter do Atendimento 2		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição					
Dados do Contratado		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		34 - Tipo de Consulta 1		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		31 - Código CNES 9365230	
29 - Código na Operadora 23876304000112		32 - Tipo Atendimento 04		33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada)		36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 27/09/2020 12:56 22 41001010 TC - CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS 2 27/09/2020 12:56 22 41001036 TC - FACE OU SEIOS DA FACE 3 27/09/2020 14:01 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qtde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 0.7 242.34 242.34 001 1.0 385.56 385.56 001 1.0 100.00 100.00	
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 23876304000112 PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE		52 - Conselho Prof 06		53 - Número no Conselho 28131		54 - UF 55 - Código CBO 41 225125	
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 3		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total de Procedimentos (R\$) 1057.84		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	
1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /		61 - Total de Materiais (R\$) 264.60		62 - Total de OPME (R\$) 0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) 26.85		64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	
65 - Total de Procedimentos (R\$) 1057.84		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado		65 - Total Geral (R\$) 1349.29	

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS

(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 6210806000000		5 - Código CNES 9365230	
3 - Código da Operadora 23876304000112		4 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			

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	17-03	27/09/2020	12:42:00	a	12:42:00	19	70255585	1	011	1.00	30.12	30.12
20 - Descrição:	MONONYLON CUT PRETO 5.0 14501T											
10- 03	27/09/2020	12:42:00	12:42:00	19	78516005	1	036	1.00	95.67	95.67	95.67	
20 - Descrição:	ABBOCATH 18 G CATETER DE SEGURANCA FECHADO											
1- 02	27/09/2020	12:42:00	12:42:00	20	90007131	1	001	1.00	0.75	0.75	0.75	
20 - Descrição:	AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL											
1- 03	27/09/2020	12:42:00	12:42:00	19	70014280	1	036	1.00	1.36	1.36	1.36	
20 - Descrição:	AGULHA HIPODERMICA 25X7 PRECISIONGLIDE											
2- 03	27/09/2020	12:42:00	12:42:00	19	70014280	1	036	1.00	1.36	1.36	1.36	
20 - Descrição:	AGULHA HIPODERMICA 25X7 PRECISIONGLIDE											
3- 03	27/09/2020	12:42:00	12:42:00	19	70014370	1	036	1.00	1.36	1.36	1.36	
20 - Descrição:	AGULHA HIPODERMICA 40X12 PRECISIONGLIDE											
4- 03	27/09/2020	12:42:00	12:42:00	19	70222797	1	036	1.00	88.61	88.61	88.61	
20 - Descrição:	EQUIPO MACROGOTAS - BBRAUN 401450P											
9- 03	27/09/2020	12:42:00	12:42:00	19	78244854	1	048	1.00	4.95	4.95	4.95	
20 - Descrição:	LUVAS CIRURGICAS NR 6.5 (PAR)											
5- 02	27/09/2020	12:42:00	12:42:00	20	90359321	1	001	1.00	6.64	6.64	6.64	
20 - Descrição:	PLAMET											
5- 03	27/09/2020	12:42:00	12:42:00	19	70223769	1	036	1.00	34.93	34.93	34.93	
20 - Descrição:	POLIFIX EQUIPO PARA INFUSAO SIMULTANEA DE SOLUCOES PARENTERAIS - Polifix 2											

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



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

1 - Registro ANS 000000		2 - Número da Guia Referenciada 6210806000000		5 - Código CNES 9365230	
3 - Código na Operadora 23876304000112		4 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			

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	12:42:00	a	12:42:00	19	70705321	1	036	1.00	2.80
20 -	Descrição: SERINGA 10 ML BD - HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ML (BICO LUER SLIP)	12:42:00		12:42:00	19	70705291	2	036	1.00	3.44
20 -	Descrição: SERINGA 3ML - BD HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ML (BICO LUER LOCK)	12:42:00		12:42:00	20	90123115	1	013	1.00	7.74
20 -	Descrição: SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML SF	12:42:00		12:42:00	20	90330048	1	001	1.00	10.88
20 -	Descrição: TRAMAL 100MG INJ - GRUNENTHAL	12:42:00		12:42:00	20	90048598	1	023	1.00	0.84
20 -	Descrição: XYLESTESIN COM EPINEFRINA									

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	0.00	22 - Total de Medicamentos (R\$)	26.85	23 - Total de Materiais (R\$)	264.60	24 - Total de OPME (R\$)	0.00	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0.00	26 - Total de Diárias (R\$)	0.00	27 - Total Geral (R\$)	291.45
--------------------------------------	------	----------------------------------	-------	-------------------------------	--------	--------------------------	------	--------------------------------------	------	-----------------------------	------	------------------------	--------





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

2 - Nº Guia no Prestador 6210806

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		5 - Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		9 - Data Validade da Senha		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
8 - Número da Carteira 00000000897		9 - Validade da Carteira		10 - Nome SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR		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 MARCEL DEPIERI ANDRADE		16 - Conselho Profissional 44678		17 - Número no Conselho 41		18 - UF 41		19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Profissional Solicitante	
22 - Data da Solicitação 27/09/2020		23 - Indicação Clínica Consulta em pronto socorro		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.		29 - Código da Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CNES 9365230		32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (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 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec.		45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Seq. Ref. 49 - G. Part 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho		54 - Assinatura do Profissional 55 - Assinatura do Profissional		56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Observação / Justificativa		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Taxas de Materiais (R\$)	
62 - Total de Medicamentos (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total de Medicamentos (R\$)		65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
69 - Assinatura do Responsável pela Autorização		70 - Assinatura do Responsável pela Autorização		71 - Assinatura do Responsável pela Autorização		72 - Assinatura do Responsável pela Autorização		73 - Assinatura do Responsável pela Autorização		74 - Assinatura do Responsável pela Autorização		75 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq. Ref. 49 - G. Part 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - Assinatura do Profissional 55 - Assinatura do Profissional 56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58 - Observação / Justificativa 59 - Observação / Justificativa

Impresso por: M.CAZOTTI Data/Hora: 27/09/2020 12:38:42 Contato: 6210806 Atendimento: 6210806 Convênio: INST ADVENTISTA-JAP



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

2 - Nº Guia no Prestador 6210806

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 SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 00000000897	13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO-MARCEL DEPIERI ANDRADE	16 - Conselho Profissional 44678
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/09/2020	23 - Indicação Clínica Consulta em pronto socorro	24 - Tipo Atendimento 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039
Dados do Contratado Executante				
29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome da Contratada HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230	32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Atendimento (incidente ou doença relacionada)
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados				
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tab. 39 - Tab. 40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
Identificação do(a) Profissional(es) Executante(s)				
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional
53 - Data de Realização de Procedimento em Série				
54 - 1	55 - 2	56 - 3	57 - 4	58 - 5
59 - 6	60 - 7	61 - 8	62 - 9	63 - 10
59 - Observação / Justificativa				
64 - Total de Procedimentos (R\$)				
65 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)				
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
68 - Assinatura do Contratado				
69 - Total de Medicamentos (R\$)				
70 - Total de Gases Medicinais (R\$)				
71 - Total Geral (R\$)				
72 - Assinatura do Contratado				
73 - Assinatura do Contratado				
74 - Assinatura do Contratado				
75 - Assinatura do Contratado				
76 - Assinatura do Contratado				
77 - Assinatura do Contratado				
78 - Assinatura do Contratado				
79 - Assinatura do Contratado				
80 - Assinatura do Contratado				
81 - Assinatura do Contratado				
82 - Assinatura do Contratado				
83 - Assinatura do Contratado				
84 - Assinatura do Contratado				
85 - Assinatura do Contratado				
86 - Assinatura do Contratado				
87 - Assinatura do Contratado				
88 - Assinatura do Contratado				
89 - Assinatura do Contratado				
90 - Assinatura do Contratado				
91 - Assinatura do Contratado				
92 - Assinatura do Contratado				
93 - Assinatura do Contratado				
94 - Assinatura do Contratado				
95 - Assinatura do Contratado				
96 - Assinatura do Contratado				
97 - Assinatura do Contratado				
98 - Assinatura do Contratado				
99 - Assinatura do Contratado				
100 - Assinatura do Contratado				



2 - N° Guia no Prestador 2163

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Principal		5 - Senha 2163		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N																													
8 - Número da Carteira 00000000897		9 - Validade da Carteira 31/12/2020		10 - Nome SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR		13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante LUCAS VINICIUS DE ANDRADE		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 28131		18 - UF 41		19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante  Dr. Lucas Andrade Ortopedia / Traumatologia CRM 28131 / TEOT 14593		21 - Caracter do Atendimento 27/09/2020		22 - Data da Solicitação 27/09/2020		23 - Indicação Clínica CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento 28 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		26 - Data 1 22		27 - Qt. Solic. 1		28 - Qt. Autoriz. 0		31 - Código CNES 9365230			
29 - Código na Operadora 238763040001		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR		32 - Tipo Atendimento 4		33 - Indicação de Acidente (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 - Tec.		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 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 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 - N° Guia no Prestador 2163

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		10 - Nome SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Beneficiário		9 - Validade da Carteira		13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
8 - Número da Carteira 000000000897		15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 44.678		18 - UF 41	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 12/01/2021		23 - Indicação Clínica Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento		24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 30101794		26 - Descrição Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento	
27 - Qt Solic. 1		28 - Qt Autoriz. 0		31 - Código CINES 9365230					
Dados do Contratado		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CINES 9365230					
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente 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 - Téc.	
45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)					
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part		50 - Código na operadora/GPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		64 - Código CBO			
55 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		5 -		7 -		9 -	
1 -		3 -		5 -		7 -		9 -	
2 -		4 -		6 -		8 -		10 -	
59 - Observação / Justificativa		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPWE (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 - N° Guia no Prestador 2163

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		6 - Data Validade da Senha	
8 - Número da Carteira 000000000897		9 - Validade da Carteira		10 - Nome SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR	
11 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE		12 - Número no Conselho 44678		13 - Código da Operadora 23876304000112	
14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE		16 - Código CBO 225125	
17 - Nome no Conselho 44678		18 - UF 41		19 - Assinatura do Profissional Solicitante	
20 - Data da Solicitação 27/09/2020		21 - Indicação Clínica		22 - Data da Solicitação 27/09/2020	
23 - Caracter do Atendimento 2		24 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		25 - Descrição	
26 - TC - Face ou selos da face		27 - TC - Crânio ou sela turca ou orbitas		28 - RX - Braco	
29 - RX - Articulação escapuloumeral (ombro)		30 - RX - Articulação escapuloumeral (ombro)		31 - RX - Articulação escapuloumeral (ombro)	
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data		37 - Hr. Inicial	
38 - Hr. Final		39 - Tabella		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Qlde.		43 - Via	
44 - Tec.		45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)		48 - Valor Total (R\$)		49 - Valor Total (R\$)	
50 - Seq. Ref.		51 - Seq. Ref.		52 - Seq. Ref.	
53 - Seq. Ref.		54 - Seq. Ref.		55 - Seq. Ref.	
56 - Seq. Ref.		57 - Seq. Ref.		58 - Seq. Ref.	
59 - Seq. Ref.		60 - Seq. Ref.		61 - Seq. Ref.	
62 - Seq. Ref.		63 - Seq. Ref.		64 - Seq. Ref.	
65 - Seq. Ref.		66 - Seq. Ref.		67 - Seq. Ref.	
68 - Seq. Ref.		69 - Seq. Ref.		70 - Seq. Ref.	
71 - Seq. Ref.		72 - Seq. Ref.		73 - Seq. Ref.	
74 - Seq. Ref.		75 - Seq. Ref.		76 - Seq. Ref.	
77 - Seq. Ref.		78 - Seq. Ref.		79 - Seq. Ref.	
80 - Seq. Ref.		81 - Seq. Ref.		82 - Seq. Ref.	
83 - Seq. Ref.		84 - Seq. Ref.		85 - Seq. Ref.	
86 - Seq. Ref.		87 - Seq. Ref.		88 - Seq. Ref.	
89 - Seq. Ref.		90 - Seq. Ref.		91 - Seq. Ref.	
92 - Seq. Ref.		93 - Seq. Ref.		94 - Seq. Ref.	
95 - Seq. Ref.		96 - Seq. Ref.		97 - Seq. Ref.	
98 - Seq. Ref.		99 - Seq. Ref.		100 - Seq. Ref.	

Dr. Marcel Depieri Andrade
Medico
CRM-PR 44.678



Convênio: INST ADVENTISTA-AP

Atendimento 6210806

Conta/Lote 6210806

Data/Hora 27/09/2020 16:57:30

Impresso por: TCFREITAS



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

2 - N° Guia no Prestador 2163

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 00000000897		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR		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 MARCEL DEPIERI ANDRADE		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 44678		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225125		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 27/09/2020	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Qt. Solic.		28 - Qt. Autoriz.	
1		0	
2		0	
3		0	
4		0	
5		0	
SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML SF			
XYLESTESIN COM EPINEFRINA			
TRAMAL 100MG INJ - GRUNENTHAL			
PLANET			
AGUA DESTILADA, AMP 10ML, (EV)			
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 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados da 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 - Têc		45 - % Red / Acresc	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)			
48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part	
50 - Código na operadora/CFF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO	
D. Marcel Depieri Andrade Médico CRM-PR 44.678			
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 do 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			





Atendimento: 6210806 Pedido: 2199555 Ac. Number: 2745436
Registro / Nome: SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR
Data de Nascimento: 22/02/1998 Idade: 22 anos, 7 meses e 5 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 27/09/2020 12:56:00 Laudado: 30/09/2020
16:39:18
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANA PAULA OTAVIANI NILO R.

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

Estudo realizado com tomógrafo multislice de 128 detectores que geraram imagens, sem a administração de contraste endovenoso.

O conjunto de imagens demonstra:

- Parênquima cerebral com coeficiente de atenuação normal.
- Ventriculos e cisternas sem alterações.
- Pineal e plexos coroides calcificados em posições normais.
- Não há desvios da linha média.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874



Atendimento: 6210806 Pedido: 2199556 Ac. Number: 2745437
Registro / Nome: SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR
Data de Nascimento: 22/02/1998 Idade: 22 anos, 7 meses e 5 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 27/09/2020 12:56:00 Laudado: 07/10/2020
11:25:21
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANA PAULA OTAVIANI NILO R.

RX - OMBRO ESQUERDO (3 INCIDÊNCIAS)

- Não se visualiza sinais de fraturas desviadas.
- Estruturas e superfícies ósseas de aspectos conservados.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento: 6210806 Pedido: 2199556 Ac. Number: 2745438
Registro / Nome: SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR
Data de Nascimento: 22/02/1998 Idade: 22 anos, 7 meses e 5 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 27/09/2020 12:56:00 Laudado: 07/10/2020
11:28:18
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANA PAULA OTAVIANI NILO R.

RX - BRAÇO ESQUERDO (3 INCIDÊNCIAS)

- Não se visualiza sinais de fraturas desviadas.
- Estruturas e superfícies ósseas de aspecto conservado.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento: 6210806 Pedido: 2199555 Ac. Number: 2745439
Registro / Nome: SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR
Data de Nascimento: 22/02/1998 Idade: 22 anos, 7 meses e 5 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 27/09/2020 12:56:00
Laudado: 30/09/2020
16:39:21
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANA PAULA OTAVIANI NILO R.

TOMOGRAFIA DE SEIOS DA FACE

Estudo realizado com tomógrafo multislice de 128 detectores que geraram imagens multiplanares.

O conjunto de imagens demonstra:

- Estruturas ósseas íntegras.
- Septo nasal sem desvios significativos.
- Hipertrofia de cornetos nasais.
- Pequeno espessamento de mucosa na base dos seios paranasais maxilares bilaterais.
- Demais seios com transparência conservada.
- Complexos óstio-meatais preservados.

Opinião:

- O exame demonstra sinusopatia maxilar bilateral.
- Hipertrofia de cornetos nasais.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 5566372 DATA: 27/09/2020 14:46
USUÁRIO....: GJFARAH
ATENDIMENTO: 6210806 DT NASC: 22/02/1998 (22A 7M 5D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 467768 - SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/09/2020 12:42 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
CID.....: CICLO...: / COBERTURA:
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

BMF

PACIENTE AVALIADO EM PS APÓS SOLICITAÇÃO DE INTERCONSULTA, VÍTIMA DE TRAUMA EM FACE. AO EFG APRESENTA-SE EM BEG, LOTE, CHAAA, COMUNICATIVO. AO EFL APRESENTA MOES E AVG PRESERVADOS, NEGA DIPLOPIA, SEM ENOFTALMIA, NARINAS PERMEÁVEIS, SEM DEGRAUS OU CREPITAÇÕES ÓSSEAS, OCLUSÃO ESTÁVEL, ABERTURA BUCAL SATISFATÓRIA, CONDILOS PALPÁVEIS E EXCURSIVOS, FCC EM REGIÃO SUBMANDIBULAR COM NECESSIDADE DE SUTURA.
TC SEM SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURAS EM FACE.

CD: AVAL BMF
SUTURA
ORIENTAÇÕES
PRESCRIÇÃO DE MEDICAÇÃO DOMICILIAR
ALTA BMF

GUSTAVO JACOBUCI FARAH
CRO-PR: 12855

PRESCRIÇÃO.: 5566366 DATA: 27/09/2020 14:42
USUÁRIO.....: GJFARAH
ATENDIMENTO: 6210806 DT NASC: 22/02/1998 (22A 7M 5D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 467768 - SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/09/2020 12:42 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

6210806

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
9 XYLOCAINA 2% C/V 20ML INJ (MPP)	1	ML		SC	AGORA	[27/09] . 14:43

GUSTAVO JACOBUCCI FARAH
CRO-PR: 12855

PRESCRIÇÃO.: 5566223 DATA: 27/09/2020 12:53
USUÁRIO....: APONILO
ATENDIMENTO: 6210806 DT NASC: 22/02/1998 (22A 7M 5D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 467768 - SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/09/2020 12:42 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

6210806

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 RX MEM SUP BRACO (UMERO) Justificativa.: TRAUMA Obs.: ESQUERDO	1					

4 RX MEM SUP OMBRO (ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL) Justificativa.: TRAUMA Obs.: ESQUERDO	1					
---	---	--	--	--	--	--

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 TC COMP DE CRANIO Justificativa.: FCC EM FACE	1					
2 TC COMP DE FACE OU SEIOS Justificativa.: TRAUMA EM FACE	1					

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
5 C.C. TRAMAL 100MG 2ML INJ (MPP) -> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SISTEMA FECHADO	1	AMPOLA		EV	AGORA	[27/09] . 12:54
	1	FRASCO				
6 C.C. PLAMET 10MG/2ML, AMP 2ML, (EV, IM) -> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[27/09] . 12:54
	1	AMPOLA				

TOMOGRAFIA
EXAME REALIZADO
DATA 27/09/2020

ANA PAULA OTAVIANI NILO R.
CRM-PR: 43068

PRESCRIÇÃO.: 5566312 DATA: 27/09/2020 14:01
USUÁRIO....: PLVANDRADE
ATENDIMENTO: 6210806 DT NASC: 22/02/1998 (22A 7M 5D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 467768 - SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/09/2020 12:42 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
CID.....: CICLO...: / COBERTURA:
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO

RX SEM EVIDENCIAS CLRAS DE FARTURA, LUXAÇÃO OU DESVIOS

PLANO TERAPEUTICO
PRESCREVO
ORIENTO SOBRE O QUADRO
RECEITA
ATESTADO
A DISPOSIÇÃO

6210806

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE

CRM 28131 / Traumatologia
TEOT 14593

PRESCRIÇÃO.: 5566345 DATA: 27/09/2020 14:24
USUÁRIO....: PMDANDRADE
ATENDIMENTO: 6210806 DT NASC: 22/02/1998 (22A 7M 5D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 467768 - SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/09/2020 12:42 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

CIRURGIA GERAL#

PACIENTE COM TC SEM SINAIS DE SANGRAMENTO SEM DESVIO DE LINHA MEDIA

ALTA PELO PS COM ANALGESIA AMBULATORIAL, AVALIACAO DA BUCO

6210806

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

8 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

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

1

Dr. Marcel Depieri Andrade
Médico
CRM-PR 44.678

PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE
CRM-PR: 44678

PRESCRIÇÃO.: 5566236 DATA: 27/09/2020 13:00
USUÁRIO....: APO NILO
ATENDIMENTO: 6210806 DT NASC: 22/02/1998 (22A 7M 5D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 467768 - SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/09/2020 12:42 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

CIRURGIA GERAL#

PACIENTE REFERE QUE UM CABO DE ACO VOLTOU EM SUA FACE COM MUITA FORÇA EM REGIAO MANDIBULAR E REFERE MUITA DOR EM REGIAO ATM DIREITA E ARDENCIA EM ESCORIACAO EM PESCOCO.REFERE TER TIDO 3 EPISODIOS DE SINCOPE.

NEGA COMORBIDADES
NEGA MUC
NEGA ALERGIAS

EF: BEG, LOTE, CHEN, AAA
DV ESTAVEIS
AC BCRNF EM 2 T SEM SOPRO
AP MV + SEM RA
PUPILAS ISOFOTORREAGENTES
DOR A PALPACAO EM REGIAO DE ATM A DIREITA L
ESCORIACAO EM PESCOCO

HD: TCE// TRAUMA EM FACE

PLANO TERAPEUTICO: ANALGESIA// ORIENTACOES// SOLICITO AVALIACAO DA BUCO// AGUARDANDO EXAMES

Dr. Marcel Depieri Andrade
Médico
CRM-PR 44.678

ANA PAULA OTAVIANI NILO R.
CRM-PR: 43068

Dados do Atendimento

Atendimento: 6210806 Data/Hora: 27/09/2020 12:42 Prioridade: Média
Paciente: 467768 - SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR Sexo: M Nasc.: 22/02/1998 (22a 7m 5d)
Prestador: 5236 - PLANTAO MARCEL DEPIERI ANDRADE Especialidade: 98 - CLINICO GERAL
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 2 - CIRURGIA GERAL

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: CERVICALGIA APÓS TRAUMA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: 98SAT

Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: 116 x 73 mmHG Pulso: 78 bpm Temperatura:

Oncologia

Questionário

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

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

[illegible]

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1443763
DATA DE CAPTURA	07/10/2014
NOME SILVERIO REIS FEITOZA JUNIOR	
FILIAÇÃO Silverio Alves Feitosa Rosangela Reis dos Santos	
NATURALIDADE	Porto Velho- RO
DCC ORIGEM	Cert. Nascimento nº 2762, Liv 23 EIs 135
EMISSION	Emiss. Porto Velho- RO
CPF	03324644232
ASSINATURA	Luiz Carlos de Lima
DATA DE VALIDADE	22/02/1998
DATA EXP.	30/05/2014
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Silverio Reis Feitoza Junior
Nº da Carteira: 11.4.519
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 22/02/1998

Nº da Guia: 2163

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/09/2020	11:00:00	Pátio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu

Impacto com cabo de aço.

Partes do corpo

Rosto, Ombro Esquerdo, Cabeça

Descrição

Impacto de cabo de aço no ombro e cabeça do aluno quando rompeu.

Testemunha da ocorrência

Geazi Gomes

Telefone

(44) 9999-4685

Quem prestou primeiros socorros

Geazi Gomes

Data

27/09/2020

Local de atendimento

Atendimento no próprio estabelecimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Observações

Impacto de cabo de aço em ombro e cabeça de aluno no momento do rompimento devido a atividade esportiva.

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