

[illegible]

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: ISENTO

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS Série: F

Nº 17365

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Prestação Serviços
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: Assist. Médica
DATA DE EMISSÃO 15/03/2021 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: ISENTO

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	100,00	100,00
		RADIODIAGNOSTICO	36,72	36,72
		REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS	67,00	67,00
		ISS 2.00 R 4.07 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	203,72	
			TOTAL DO RPS =>	203,72

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 17365

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: 83997 Competência: 03/2021 Entrega: 02/03/2021
Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Nota Fiscal 17365 Série: F



Período									
Início	Termo	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento		Origem		Valor
22/02/2021	22/02/2021	2238		3402292	6400290	JOSE FERREIRA NETO	PRONTO SOCORRO		203,72
							Total : 1		203,72
							Total Geral : 1		203,72

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

2 - Nº Guia no Prestador 6400290000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
02/03/2021

5 - Senha
2238

6 - Data de Validade da Senha
2238

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
2238

8 - Número da Carteira
000000000

9 - Validade da Carteira
01/01/2025

10 - Nome
JOSE FERREIRA NETO

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
SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
28684

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
02/03/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. 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
1 22/02/2021 15:28 15:28 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 22/02/2021 15:30 15:30 22 40804062 RX - PATELA
3 22/02/2021 16:18 16:18 22 30730163 LESÃO LIGAMENTAR AGUDA - TRATAMENTO CONSERVADOR

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Réc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 1.0 100.00
001 1.0 1.0 36.72
001 1.0 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
1 12 23876304000112 PLANTAO SAMUEL MACHADO
3 12 23876304000112 SAMUEL MACHADO

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 28.684 41 225125
06 28684 41 225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - / / 3 - / /
2 - / / 4 - / /

5 - / / 6 - / /

7 - / / 8 - / /

9 - / / 10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
203.72

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

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPME (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

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

65 - Total Geral (R\$)
203.72

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável



FATURAMENTO

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



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

2 - Número do Prestador 2238

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

8 - Número da Carteira
000000000

6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

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
SAMUEL MACHADO

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
22/02/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de 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 - Ql. de

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Pat

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas do Maternis (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 2238

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal 2238
4 - Data de Autorização	5 - Senha
6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 0000000000	9 - Validade da Carteira	10 - Nome JOSE FERREIRA NETO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Acreditação 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 SAMUEL MACHADO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 28684	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--	---	---	---------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 23/02/2021	23 - Indicação Clínica	27 - Ql. Solic. 1	28 - Ql. Autoriz. 0
---	----------------------------------	--	------------------------	----------------------	------------------------

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou	26 - Descrição	29 - Ql. Solic. 1	30 - Ql. Autoriz. 0
1 22	40804054	RX - Joelho		
2 22	30730163	Lesão ligamentar aguda - tratamento conservador		

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / FFO115284

Dados do Contrato Excitante	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(is) Excitante(s)	48 - Seq. Ref	49 - Gr. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
---	---------------	---------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

55 - Data de Realização do Procedimento em Site	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------

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 Gastos Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: José Ferreira Neto
Nº da Carteira: 11.4.422
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 15/10/1999

Nº da Guia: 2238



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/02/2021	23:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno interno estava participando de uma atividade do colégio (queimada), e para se desviar da bola o mesmo abaixou e bateu com muita força o joelho esquerdo no chão.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Filipe

(66) 99915-3855

Renan

(66) 99915-3855

Quem prestou primeiros socorros

Data

Célia

18/02/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

O aluno foi atendido pela enfermeira, feito os procedimentos naturais e mandado para o hospital depois de nenhuma melhora.

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

Ass.: Célia T. D. da Silva

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 - Bigorralho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Atendimento: 6400290 Pedido: 2265460 Ac. Number: 2828250
Registro / Nome: JOSE FERREIRA NETO
Data de Nascimento: 15/10/1999 Idade: 21 anos, 4 meses e 6 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 22/02/2021 15:30:00 Laudado: 23/02/2021
14:50:08
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 5782141 DATA: 22/02/2021 15:28
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6400290 DT NASC: 15/10/1999 (21A 4M 10D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 518147 - JOSE FERREIRA NETO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/02/2021 14:51 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO ESQUERDO APOS TRAUMA EM PARTIDA DE FUTEBOL HÁ 07 DIAS, COM ENTORSEJO ASSOCIADO. NÃO APRESENTA EDEMA LOCAL. SE QUEIXA DE DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO.

AO EXAME FÍSICO:

PELE INTEGRAL, AUSÊNCIA DE EQUIMOSE, AUSÊNCIA DE HEMATOMA, SEM CREPITAÇÃO A PALPAÇÃO, SEM DEFORMIDADE ANATÔMICA. DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO ARTICULAR DO JOELHO. GAVETA ANTERIOR E ESTRESSE DE LATERALIZAÇÃO COM DOR IMPORTANTE. LACHIMAN NEGATIVO. ESTRESSE EM VARO E VALGO NEGATIVOS

SOL RX E REAVALIO

6400290

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF JOELHO OU ROTULA:A.P. - LAT. - AXIAL Justificativa.: T Obs.: ESQ	1						

VISITA HOSPITALAR

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

Samuel Machado

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28.684

EXAME REALIZADO

DATA

IM

PRESCRIÇÃO.: 5782224 DATA: 22/02/2021 16:18
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6400290 DT NASC: 15/10/1999 (21A 4M 10D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 518147 - JOSE FERREIRA NETO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/02/2021 14:51 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

AO RX: NÃO APRESENTA LESÃO ÓSSEA AGUDA COMO FRATURAS COM DESVIO OU LUXAÇÃO. - AGUARDA LAUDO OFICIAL.

HD\ LESÃO DE PARTES MOLES - LIGAMENTAR.

PLANO TERAPÊUTICO:

- ORIENTAÇÕES AO PACIENTE QUANTO A GRAVIDADE E AOS CUIDADOS A SEREM TOMADOS.
- MANOBRA ANATOMICA DE REPOCIONAMENTO ANATÔMICO E (IMOBILIZAÇÃO - RECEITA)
- ANALGESIA, RECEITA, IMOBILIZAÇÃO
- RETORNO AMBULATORIAL
- FORNEÇO ATESTADO
- A DISPOSIÇÃO

6400290

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 JOELHO, LESAO LIGAMENTAR AGUDA - INCRUENTO	1					[22/02]	16:18

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 /// TEOT 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28.684

Dados do Atendimento

Atendimento: 6400290 Data/Hora: 22/02/2021 14:51 Prioridade: Baixa
Paciente: 518147 - JOSE FERREIRA NETO Sexo: F Nasc.: 15/10/1999 (21a 4m 10d)
Prestador: 4031 - SAMUEL MACHADO Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Pré-história

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: REFERE TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO HA 10 DIAS. HJ QUEIXA-SE DE DOR EM LOCAL

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT:97%

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 112 x 70 mmHG Pulso: 74 bpm Temperatura: 36 °C

Exatologia

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:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

RELATÓRIO DE ENTREVISTA

Oxigênio

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

15:00 - Saix Lem Alteros. Jaque de alto
Brillante
COLUMBIA 020721
COMM: FARM

de alto Birt
Bruno G. Faria
Enfermeiro
CORREIA-PR 620721
CORREIA-PR 620721

DATA DE NASCIMENTO: 15/10/45

LUGAR DE NASCIMENTO: ...

DATA DE EMISSÃO: 1945-10-15

LUGAR DE EMISSÃO: ...