



Prefeitura do Município de Maringá
Secretaria de Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número **17.429**
 Código verificação **E7A-5F5-0DA**
 Emitido em **15/03/2021 11:10:30**



RPS Nº 17369 Série F de 15/03/2021 Lote 40016

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**
 Email: **jadertinelli@clinicaadventista.org.br**

CEP: 80.730-070
 Fone: (04) 13240-2935

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 200.00 | DIAGNOSE TERAPIA R\$ 30.00 | MATERIAL HOSPITALAR R\$ 20.20 | MEDICAMENTOS R\$ 13.43 | PATOLOGIA CLINICA R\$ 29.55 | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA R\$ 346.20 ISS 2.00 R 12.79 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00

Valor Total da NFS-e**R\$ 639,38****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	639,38	2,00	12,79
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	639,38	03/2021	Prestador
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor
Não	Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR

Outras InformaçõesConsulte 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: ISENTO

RECIBO PROVISÓRIO DE SERVIÇOS - RPS Série: F
Nº 17369
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	200,00	200,00
		DIAGNOSE/TERAPIA	30,00	30,00
		MATERIAL HOSPITALAR	20,20	20,20
		MEDICAMENTOS	13,43	13,43
		PATOLOGIA CLINICA	29,55	29,55
		TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	346,20	346,20
		ISS 2.00 R 12.79 PIS 0.00 R 0.00 COFINS 0.00 R 0.00 ISS 0.00 R 0.00		
		Valor Líquido =	639,38	
			TOTAL DO RPS =>	639,38

Recebemos de HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A serviços constantes no Recibo Provisório de Serviços - RPS: SÉRIE F Nº 17369

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

Remessa: **84025** Competência: **03/2021** Entrega: **03/03/2021**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**
Nota Fiscal 17369 Série: F



Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
26/02/2021	26/02/2021	3246		3403102	6407216	JANISE KAROLINNE PAIM DE A PRONTO ATENDIMENT	639,38
Total : 1							639,38
Total Geral : 1							639,38

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

2 - Nº Guia no Prestador 6407216000000

Folha: 1 / 2

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 03/03/2021	5 - Sentença 3246
6 - Data de Validade da Sentença 3246	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 114379	9 - Validade da Carteira 01/01/2023	10 - Nome JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA	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 ANA PAULA OTAVIANI NILO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 43068
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 03/03/2021	23 - Indicação Clínica
---	----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.
---	----------------	--------------------------------------

Dados do Contrato 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 (paciente 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-Qlde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 26/02/2021	00:55	00:55	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001	1.0			100.00	100.00
2 26/02/2021	23:37	23:37	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001	1.0			100.00	100.00
3 26/02/2021	23:41	23:41	22	40101010	ECG CONVENCIONAL DE ATE 12 DERIVACOES	001	1.0			30.00	30.00
4 26/02/2021	23:41	23:41	22	41001010	TC - CRANIO OU SELA TURCICA OU ORBITAS	001	1.0			346.20	346.20
5 27/02/2021	00:55	00:55	22	40301630	CREATININA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	001	1.0			4.75	4.75

Identificação do(a) Profissional(s) Escalante(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	12	23876304000112	JULIANA DOLPHINE ARNONI ME	10	26780	41	225125
2	12	12	23876304000112	LEONARDO ODEBRECHT	06			225225

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
1 -	3 -	4 -
2 -	4 -	5 -
3 -	5 -	6 -
4 -	6 -	7 -
5 -	7 -	8 -
6 -	8 -	9 -
7 -	9 -	10 -
8 -	10 -	
9 -		
10 -		

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OpME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Médicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Contratado	70 - Assinatura do Contratado	71 - Assinatura do Contratado	72 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 6407216000000

Folha: 2 / 2

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
----------------------------	------------------------------

4 - Data de Autorização 03/03/2021	5 - Senteia 3246	6 - Data de Validade da Senteia 3246	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3246
---------------------------------------	---------------------	---	---

Dados do beneficiário	8 - Número da Carteira 114379	9 - Validade da Carteira 01/01/2023	10 - Nome JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA	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 ANA PAULA OTAVIANI NILO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 43068	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 03/03/2021	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql. Solic.	28 - Ql. Autoriz.
---	----------------------------------	--	------------------------	-------------	---	----------------	-----------------	-------------------

Dados do Contrato 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-Qlde.	43-Via	44-Tec.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
	6/27/02/2021	00:55	00:55	22	40302318	POTASSIO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	001			1.0	4.75	4.75
	7/27/02/2021	00:55	00:55	22	40302423	SODIO - PESQUISA E/OU DOSAGEM	001			1.0	4.75	4.75
	8/27/02/2021	00:55	00:55	22	40302580	UREIA - PESQUISA E/OU DOSAGEM	001			1.0	10.55	10.55
	9/27/02/2021	00:55	00:55	22	40304361	HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS OU FRACOES (ER	001			1.0		

Identificação do(s) Profissional(is) 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
--	---------------	---------------	---------------------------	---------------------------	--------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
1 -	3 -	4 -	605.75	0.00	20.20	0.00	13.43	0.00	639.38
2 -	5 -	6 -							
7 -	8 -	9 -							
10 -	11 -	12 -							

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





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

2. Nº Guia

246

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentin

6 - Data Validade da Sentin

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

114379

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA

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

RENATO CARVALHO DE OLIVEIRA

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

43068

18 - UF

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Renato Debbrecht
CRM 26580-PR

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

26/02/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - QI.Solic.

1

28 - QI.Autoriz.

0

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CUES

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 - Cide. 43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seg. Ref.

49 - Gr. Pat

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 CPME (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

Impresso por: ATSSANTOS

Data/Hora: 26/02/2021 22:48:17

Central: 6407216

Atendimento: 6407216

Convênio: INST ADVENTISTA-IAAP





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

2 - Nº Guia no Prestador 19

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semana

6 - Data Validade da Semana

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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 - Caracter 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

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (excluído 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 - Cide

43 - Via

44 - Tpc

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 CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (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

100 - Assinatura do Contratado

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Contratado

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Contratado

112 - Assinatura do Contratado

113 - Assinatura do Contratado

114 - Assinatura do Contratado

115 - Assinatura do Contratado

116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Contratado

118 - Assinatura do Contratado

119 - Assinatura do Contratado

120 - Assinatura do Contratado

121 - Assinatura do Contratado

122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Contratado

124 - Assinatura do Contratado

125 - Assinatura do Contratado

126 - Assinatura do Contratado

127 - Assinatura do Contratado

128 - Assinatura do Contratado

129 - Assinatura do Contratado

130 - Assinatura do Contratado

131 - Assinatura do Contratado

132 - Assinatura do Contratado

133 - Assinatura do Contratado

134 - Assinatura do Contratado

135 - Assinatura do Contratado

136 - Assinatura do Contratado

137 - Assinatura do Contratado

138 - Assinatura do Contratado

139 - Assinatura do Contratado

140 - Assinatura do Contratado

141 - Assinatura do Contratado

142 - Assinatura do Contratado

143 - Assinatura do Contratado

144 - Assinatura do Contratado

145 - Assinatura do Contratado

146 - Assinatura do Contratado

147 - Assinatura do Contratado

148 - Assinatura do Contratado

149 - Assinatura do Contratado

150 - Assinatura do Contratado

151 - Assinatura do Contratado

152 - Assinatura do Contratado

153 - Assinatura do Contratado

154 - Assinatura do Contratado

155 - Assinatura do Contratado

156 - Assinatura do Contratado

157 - Assinatura do Contratado

158 - Assinatura do Contratado

159 - Assinatura do Contratado

160 - Assinatura do Contratado

161 - Assinatura do Contratado

162 - Assinatura do Contratado

163 - Assinatura do Contratado

164 - Assinatura do Contratado

165 - Assinatura do Contratado

166 - Assinatura do Contratado

167 - Assinatura do Contratado

168 - Assinatura do Contratado

169 - Assinatura do Contratado

170 - Assinatura do Contratado

171 - Assinatura do Contratado

172 - Assinatura do Contratado

173 - Assinatura do Contratado

174 - Assinatura do Contratado

175 - Assinatura do Contratado

176 - Assinatura do Contratado

177 - Assinatura do Contratado

178 - Assinatura do Contratado

179 - Assinatura do Contratado

180 - Assinatura do Contratado

181 - Assinatura do Contratado

182 - Assinatura do Contratado

183 - Assinatura do Contratado

184 - Assinatura do Contratado

185 - Assinatura do Contratado

186 - Assinatura do Contratado

187 - Assinatura do Contratado

188 - Assinatura do Contratado

189 - Assinatura do Contratado

190 - Assinatura do Contratado

191 - Assinatura do Contratado

192 - Assinatura do Contratado

193 - Assinatura do Contratado

194 - Assinatura do Contratado

195 - Assinatura do Contratado

196 - Assinatura do Contratado

197 - Assinatura do Contratado

198 - Assinatura do Contratado

199 - Assinatura do Contratado

200 - Assinatura do Contratado

201 - Assinatura do Contratado

202 - Assinatura do Contratado

203 - Assinatura do Contratado

204 - Assinatura do Contratado

205 - Assinatura do Contratado

206 - Assinatura do Contratado

207 - Assinatura do Contratado

208 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 640721601

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000
3 - Nr. Guia Principal 3246

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

8 - Número da Carteira 114379
9 - Validade da Carteira
10 - Nome JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA
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-AMA-PAULA OTAVIANI NHO
16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 43068
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 27/02/2021
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.

1	22	TC - Cranio ou sela turca ou orbitas	1	0
2	22	ECG convencional de ate 12 derivacoes	1	0
3	20	OPTIM TIRAS TEST	1	0
4	20	NOVALGINA 500 MG/ML SOL INJ CT EST 50 AMP VD AMB X 2 ML	1	0
5	20	TIATIL 20MG INJ - CRISTALINA	1	0

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 (evento 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 - Cide
43 - Via
44 - Têc
45 - % Red / Acresc
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq. Rel.
49 - Gr. Pat.
50 - Código na operadora/CPF
51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho
54 - UF
54 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série
56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
57 - Assinatura do Contratado

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

Impresso por: LMACEDO
Data/Hora: 27/02/2021 08:19:59
Controle: 6407216
Atendimento: 6407216
Conteúdo: INST. ADVERTIS/FA-MAP





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

2 - Nº Guia no Prestador 640721602

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
3246

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atrelado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA

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 ANA PAULA OTAVIANO NUNO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

43068

18 - UF

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Leonardo Odebrecht
Cirurgia Geral
CRM 26780-PR

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt Solic

28 - Qt Autoriz

1	22	40304361	Hemograma com contagem de plaquetas ou fracos (eritrograma, leucogram	1	0
2	22	40301630	Creatinina - pesquisa e/ou dosagem	1	0
3	22	40302423	Sódio - pesquisa e/ou dosagem	1	0
4	22	40302580	Ureia - pesquisa e/ou dosagem	1	0
5	22	40302318	Potássio - pesquisa e/ou dosagem	1	0

Dados do Contratado Excecante

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 (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 - Qtd.

43 - Via

44 - Tico

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Prof.

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

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 - ☐

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

1 - Registro ANS		2 - Número da Guia Referenciada								
000000		3246								
3 - Código na Operadora		4 - Nome do Contratado								
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A								
5 - Código CNES		9365230								
Despesas Realizadas										
6-CD	7-Data	8-Hora Inicia	9-Hora Final	10-Tabela	11-Código do Item	12-Qtd.	13-Unidade de Medida	14-Fator Red. / Acresc.	15-Valor Unitário - R\$	16-Valor Total - R\$
17- Registro ANVISA do Material	18- Referência do material no fabricante									
10 - 03	26/02/2021	01:08:00	a	01:08:00	19	70001740	036	1.00	4.18	4.18
20 - Descrição: TIRA TESTE GLICEMIA ACCU-CHEK ACTIVE										
11 - 03	26/02/2021	22:54:00			19	70014370	036	1.00	1.36	2.72
20 - Descrição: AGULHA HIPODERMICA 40X12 PRECISIONGLIDE										
12 - 03	26/02/2021	22:54:00			19	70705291	036	1.00	1.72	1.72
20 - Descrição: SERINGA 3ML - BD HIPODERMICA SEM AGULHA - 3ML (BICO LUER LOCK)										
13 - 03	26/02/2021	22:54:00			19	70705321	036	1.00	2.80	2.80
20 - Descrição: SERINGA 10 ML BD - HIPODERMICA SEM AGULHA - 10ML (BICO LUER SLIP)										
14 - 03	26/02/2021	22:54:00			19	70852057	036	1.00	1.17	1.17
20 - Descrição: BD MICROTAINER CONTACT-ACTIVATED LANCET - BD Microcliner Contact-Activated Lancet 1,8mm x 21G (0,81m										
15 - 02	26/02/2021	22:54:00			20	90007131	001	1.00	0.75	0.75
20 - Descrição: AGUA DESTILADA 10ML INJ - ABL										
16 - 02	26/02/2021	22:54:00			20	90048253	014	1.00	9.55	9.55
20 - Descrição: TILATIL 20MG INJ - CRISTALIA										
17 - 02	26/02/2021	22:54:00			20	90470800	001	1.00	3.13	3.13
20 - Descrição: NOVALGINA 500 MGML SOL INJ CT EST 50 AMP VD AMB X 2 ML										
18 - 03	26/02/2021	22:54:21			19	70138923	036	1.00	3.43	3.43
20 - Descrição: ESCALPE 21G - DISPOSITIVO PARA INFUSAO INTRAVENOSA - BD ASEPTO 21GA										
19 - 03	26/02/2021	23:37:00			19	70001740	036	1.00	4.18	4.18
20 - Descrição: TIRA TESTE GLICEMIA ACCU-CHEK ACTIVE										
21 - Total de Gases Medicinas (R\$)										
0.00										
22 - Total de Medicamentos (R\$)										
13.43										
23 - Total de Materiais (R\$)										
20.20										
24 - Total de OPRM (R\$)										
0.00										
25 - Total de Taxas e Anúncios (R\$)										
0.00										
26 - Total de Diárias (R\$)										
0.00										
27 - Total Geral (R\$)										
33.63										

Impresso por: SCSANTOS Data/Hora: 15/03/2021 14:37:56 Contato/Lote: 3403102 Atendimento: 6407216 Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Janise Karolinne Paim de Araújo Contardi Faria

Nº da Carteira: 11.4.379

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 09/02/2001

Nº da Guia: 3246



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/02/2021	19:30:00	Dormitório (Ex.: residencial)	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda	Cabeça

Descrição

A aluna interna relata que estava indo ao banheiro, ficou tonta, caiu e bateu a cabeça. Refere muita dor, teve formigamento no braço e ânsia de vômito.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ilca Jaqueline Menezes Santos	(75) 9184-2607
Ilca Jaqueline Menezes Santos	(75) 9184-2607

Quem prestou primeiros socorros	Data
Anna Caroline Ramos Barbosa	26/02/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá	31, Av. Independência	3	Zona 04	(44) 3220-6000

Observações

A aluna foi avaliada pela enfermeira e mandada para o hospital.

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 100000-0000

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

Impresso por: Célia Teixeira Damasceno Da Silva

1 de 1

26/02/2021 21:53



Atendimento: 6407216 Pedido: 2268129 Ac. Number: 2831586
Registro / Nome: JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA
Data de Nascimento: 09/02/2001 Idade: 20 anos, 0 mês e 15 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 26/02/2021 23:41:00 Laudado: 01/03/2021
16:40:11
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: LEONARDO ODEBRECHT

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

Estudo realizado com tomografo 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.
- Ventrículos e cisternas sem alterações.
- Pineal e plexos coróides calcificados em posições normais.
- Não há desvios da linha média.

Opinião:

- Tomografia cranioencefálica, sem contraste, dentro dos padrões normais.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

Nome: **JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA**

Atendimento: **6407216**

Convênio: **INST.ADVENTISTA-IAP**

Data do Pedido: **27/02/2021**

Data da Coleta: **27/02/2021** Laudo: **27 de Fevereiro de 2021**

Idade: **20a 0m 21d** RG: **560396302**

Pedido: **1920696**

Leito: **PRONTO ATENDIMENTO - HBSM**

Médico: **JULIANA DOLPHINE ARNONI**

HEMOGRAMA COMPLETO

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....: **4,68 milhões/mm³**
Hemoglobina.....: **14,40 g/dL**
Volume Globular.....: **41,70 %**
Vol. Glob. Médio.....: **89,10 fL**
Hem. Glob. Média.....: **30,70 pg**
C. H. Glob. Média.....: **34,40 %**
R.D.W.....: **13,10 %**
Observação:

Valores de Referência (Adultos)

Homens	Mulheres
4,6 - 6,2	4,0 - 5,4
14,0 - 18,0	11,5 - 16,0
42 - 52	38 - 48
82 - 92	82 - 92
28 - 32	28 - 32
32 - 36	32 - 36
11 a 15%	11 a 15%

SÉRIE BRANCA

	%	/mm ³	Relativo	Absoluto
Leucócitos.....		8.770		5.000 - 10.000
Blastos.....	0	0	0	0
Promielócitos.....	0	0	0	0
Mielócitos.....	0	0	0	0
Metamielócitos.....	0	0	0	0
Bastonetes.....	0	0	2 - 6	100 - 600
Segmentados.....	67	5.876	45 - 65	2.250 - 6.500
Eosinófilos.....	0	0	2 - 4	100 - 400
Basófilos.....	0	0	0 - 2	0 - 200
Linfócitos.....	28	2.456	25 - 45	1.250 - 4.500
Linfócitos Atípicos.....	0	0	0 - 1	0 - 100
Monócitos.....	5	438	2 - 8	100 - 800
Plasmócitos.....	0	0	0 - 1	0 - 100
Observação:				
Plaquetas.....		250.000 /mm³		Normal: 150.000 - 400.000/mm³
Observação:				

Parâmetros determinados por contador de células BC-5380.

Dr(a). IZABELI THAINA RECHE
CRBM-PR 2038

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados. Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.

Nome: JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA

Atendimento: 6407216

Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

Data do Pedido: 27/02/2021

Data da Coleta: 27/02/2021 Laudo: 27 de Fevereiro de 2021

Idade: 20a 0m 21d RG: 560396302

Pedido: 1920696

Leito: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM

Médico: JULIANA DOLPHINE ARNONI

DOSAGEM DE POTÁSSIO

Amostra: Sangue

Método: Eletrodo Íon Seletivo

Valor de Referência

3,80 a 5,20 mEq/L

RESULTADO.....: 4,1 mEq/L

Observação:

DOSAGEM DE UREIA

Amostra: Sangue

Método: Enzimático automatizado Mindray - BS800

Valores de Referência

1 dia a 12 meses	:	2 a 34	mg/dL
1 ano a 13 anos	:	8 a 36	mg/dL
Adultos	:	15 a 40	mg/dL

RESULTADO.....: 17 mg/dL

Observação:

Isabeli Thaina Reche

Dr(a). IZABELI THAINA RECHE
CRBM-PR 2038

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados. Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.

Nome: JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA
Atendimento: 6407216
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Data do Pedido: 27/02/2021
Data da Coleta: 27/02/2021 Laudo: 27 de Fevereiro de 2021

Idade: 20a 0m 21d RG: 560396302
Pedido: 1920696
Leito: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM
Médico: JULIANA DOLPHINE ARNONI

DOSAGEM DE SÓDIO

Amostra: Sangue

Método: Eletrodo Íon Seletivo

Valor de Referência

135,00 a 145,00 mEq/L

RESULTADO.....: 138 mEq/L

Observação:

CREATININA

Material: Sangue

Método: Enzimático automatizado Mindray -- BS 800

Valores de Referência:

Recém-nascido	: 0,31 a 0,92	mg/dL
2 semanas a 1 ano	: 0,16 a 0,39	mg/dL
1 a 3 anos	: 0,17 a 0,35	mg/dL
3 a 9 anos	: 0,26 a 0,42	mg/dL
9 a 15 anos	: 0,32 a 0,81	mg/dL
Adultos	: 0,40 a 1,40	mg/dL

RESULTADO.....: 0,7 mg/dL

Observação:

IZABELI T. RECHE

Dr(a). IZABELI THAINA RECHE
CREM-PR 2038

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados. Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.

Nome: JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA

Atendimento: 6407216

Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

Data do Pedido: 27/02/2021

Data da Coleta: 27/02/2021 Laudo: 27 de Fevereiro de 2021

Idade: 20a 0m 21d RG: 560396302

Pedido: 1920696

Leito: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM

Médico: JULIANA DOLPHINE ARNONI

HEMOGRAMA COMPLETO

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....: 4,68 milhões/mm³
Hemoglobina.....: 14,40 g/dL
Volume Globular.....: 41,70 %
Vol. Glob. Médio.....: 89,10 fL
Hem. Glob. Média.....: 30,70 pg
C. H. Glob. Média.....: 34,40 %
R.D.W.....: 13,10 %
Observação:

Valores de Referência (Adultos)

Homens	Mulheres
4,6 - 6,2	4,0 - 5,4
14,0 - 18,0	11,5 - 16,0
42 - 52	38 - 48
82 - 92	82 - 92
28 - 32	28 - 32
32 - 36	32 - 36
11 a 15%	11 a 15%

SÉRIE BRANCA

	%	/mm ³
Leucócitos.....	0	8.770
Blastos.....	0	0
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	0	0
Segmentados.....	67	5.876
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....	28	2.456
Linfócitos Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	5	438
Plasmócitos.....	0	0
Observação:		
Plaquetas.....		250.000 /mm ³ Normal: 150.000 - 400.000/mm ³
Observação:		

Relativo	Absoluto
	5.000 - 10.000
0	0
0	0
0	0
0	0
2 - 6	100 - 600
45 - 65	2.250 - 6.500
2 - 4	100 - 400
0 - 2	0 - 200
25 - 45	1.250 - 4.500
0 - 1	0 - 100
2 - 8	100 - 800
0 - 1	0 - 100

Parâmetros determinados por contador de células BC-5380.

Isabeli Thaina Reche

Dr(a). IZABELI THAINA RECHE
CRBM-PR 2038

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados. Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.

Nome: JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA

Atendimento: 6407216

Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

Data do Pedido: 27/02/2021

Data da Coleta: 27/02/2021 Laudo: 27 de Fevereiro de 2021

Idade: 20a 0m 21d RG: 560396302

Pedido: 1920696

Leito: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM

Médico: JULIANA DOLPHINE ARNONI

DOSAGEM DE POTÁSSIO

Amostra: Sangue

Método: Eletrodo Íon Seletivo

Valor de Referência

3,80 a 5,20 mEq/L

RESULTADO.....: 4,1 mEq/L

Observação:

DOSAGEM DE UREIA

Amostra: Sangue

Método: Enzimático automatizado Mindray - BS800

Valores de Referência

1 dia a 12 meses	:	2 a 34	mg/dL
1 ano a 13 anos	:	8 a 36	mg/dL
Adultos	:	15 a 40	mg/dL

RESULTADO.....: 17 mg/dL

Observação:

IZABELI T. RECHE

Dr(a). IZABELI THAINA RECHE
CREM-PR 2038

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados. Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.

Nome: JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA

Atendimento: 6407216

Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

Data do Pedido: 27/02/2021

Data da Coleta: 27/02/2021 Laudo: 27 de Fevereiro de 2021

Idade: 20a 0m 21d RG: 560396302

Pedido: 1920696

Leito: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM

Médico: JULIANA DOLPHINE ARNONI

DOSAGEM DE SÓDIO

Amostra: Sangue

Método: Eletrodo Íon Seletivo

Valor de Referência

135,00 a 145,00 mEq/L

RESULTADO.....: 138 mEq/L

Observação:

CREATININA

Material: Sangue

Método: Enzimático automatizado Mindray -- BS 800

Valores de Referência:

Recém-nascido	: 0,31 a 0,92	mg/dL
2 semanas a 1 ano	: 0,16 a 0,39	mg/dL
1 a 3 anos	: 0,17 a 0,35	mg/dL
3 a 9 anos	: 0,26 a 0,42	mg/dL
9 a 15 anos	: 0,32 a 0,81	mg/dL
Adultos	: 0,40 a 1,40	mg/dL

RESULTADO.....: 0,7 mg/dL

Observação:

Isabeli Thaina Reche

Dr(a). IZABELI THAINA RECHE
CRBM-PR 2038

Os valores dos testes de laboratórios sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, incluindo regime alimentar e/ou tempo de jejum. Somente um profissional qualificado tem condições de interpretar corretamente estes resultados.

Informamos que a assinatura em todos os laudos de exames laboratoriais, interfaceados nas bancadas da Bioquímica, Gasometria e Hemato, será a do Responsável Técnico do Laboratório Santa Rita, no entanto, a validação e liberação do resultado são de total responsabilidade do Bioquímico/Biomédico que realizou a atividade.

27/2021 1:10:47 AM

85 bpm

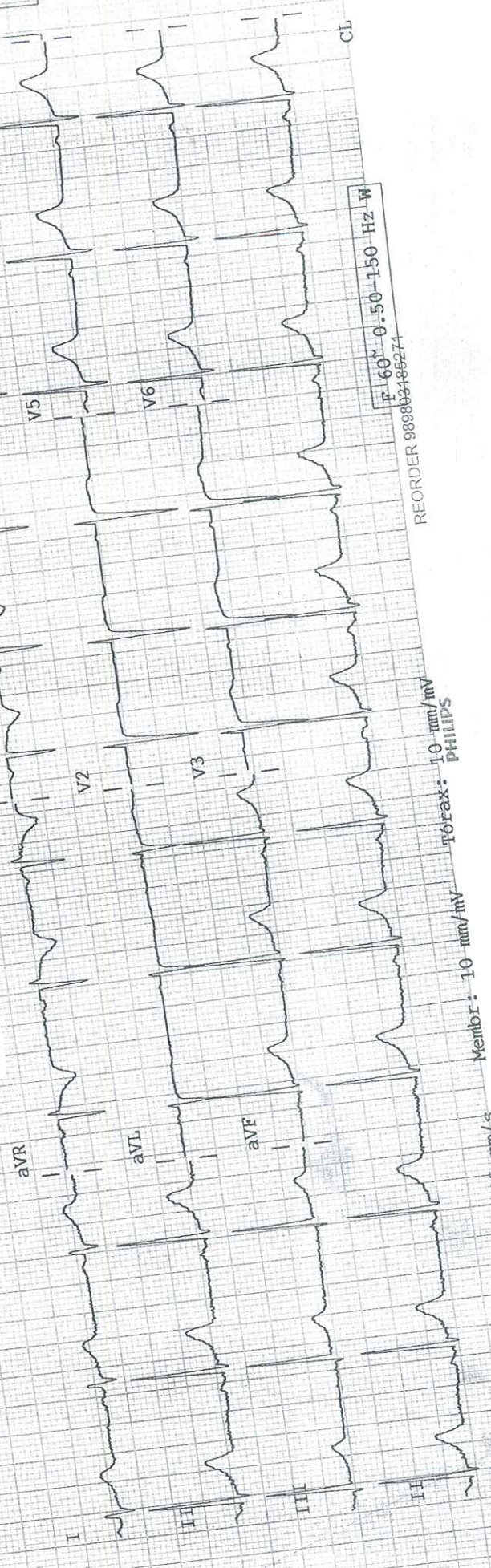
3mg amida c.c. 85 bpm
3mg amida c.c. 85 bpm
3mg amida c.c. 85 bpm
3mg amida c.c. 85 bpm
3mg amida c.c. 85 bpm

JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO
Dt. Nasc: 09/02/2001 Sx: F
Dt. Nasc: 09/02/2001 Sx: F
Dt. Nasc: 09/02/2001 Sx: F
Dt. Nasc: 09/02/2001 Sx: F
Dt. Nasc: 09/02/2001 Sx: F

Dr. Juliana Delfino Anelli
CRM: 155350

6407216

12 derivs: posicionamento padrão



F 60 0.50 150 Hz W

REORDER 989803185271

Tórax: 10 mm/mV

Membr: 10 mm/mV

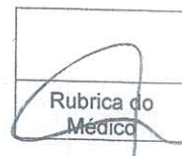
Veloc: 25 mm/s

Equip: 01 REORDER 989803185271

PRESCRIÇÃO.: 5789794 DATA: 26/02/2021 23:37
USUÁRIO....: LODEBRECHT
ATENDIMENTO: 6407216 DT NASC: 09/02/2001 (20A 0M 18D)
CONVÊNIO....: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 472399 - JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/02/2021 22:54 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO ANA PAULA OTAVIANI NILO
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: CABE
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA



Dr. Leonardo Odebrecht
Cirurgia Geral
CRM 26780-PR

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM RELATO DE DESMAIO SEGUIDO DE QUEDA DE MESMO NIVEL COM TRAUMA EM REGIAO OCCIPITAL
PROCURA PS MEIOS PROPRIOS COM CEFALIA LEVE
HPP DEPRESSAO EM USO DE FLUOXETINA
AO EXAME
BEG EPNEICO AFEBRIL
GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES
TX MV+ SRA
ABD FLACIDO INDOLOR
CD TC CRANIO SINTOMATICOS
AVALIAÇÃO DA CARDIOLOGIA

6407216

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Appl	Frequência	Data	Horários
1 ELETROCARDIOGRAMA							
Justificativa.: SINCOPE							
2 TC COMP DE CRANIO							
Justificativa.: TCE							

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Appl	Frequência	Data	Horários
3 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[26/02]	23:37
-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA					
4 C.C. TILATIL 20MG, FR/A, (EV, IM)	1	FR-AMPOLA		EV	AGORA	[26/02]	23:37

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Appl	Frequência	Data	Horários
5 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1						

PROCEDIMENTOS MEDICOS COM MATERIA

	Qtd	Unidade	SN	Appl	Frequência	Data	Horários
6 GLICEMIA CAPILAR (AGORA)	1	UNIDADE			AGORA	[26/02]	23:37

LEONARDO ODEBRECHT
CRM-PR: 26780

PRESCRIÇÃO.: 5789839 DATA: 27/02/2021 00:55
USUÁRIO....: JDARNONI
ATENDIMENTO: 6407216 DT NASC: 09/02/2001 (20A 0M 18D)
CONVÊNIO....: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 472399 - JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/02/2021 22:54 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO ANA PAULA OTAVIANI NILO
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PELO PS CARDIOLÓGICO

SÍNCOPE VASOVAGAL?
NEGA COMORBIDADES
EX-TABAGITA (fumou por 1 ano; parou há 1 ano)
DEPRESSÃO

* ALERGIA A PLASIL
* MUC: FLUOXETINA 20 MG 1X/DIA

HPMA: Paciente refere que hoje a noite ao levantar da cama para ir ao banheiro, estava caminhando para ir ao banheiro e apresentou escurecimento da visão, e perdeu a consciência, com a queda do mesmo nível e trauma na região occipital. Refere que logo após retomar a consciência apresentou-se bem, assintomática. Nega dor torácica, nega dispnéia, nega alteração urinária ou intestinal, nega liberação de esfíncter, nega relato de crise convulsiva, e nega demais queixas. Paciente relata que já apresentou episódio prévio de síncope quando estava vendo sangue da cachorrinha (SIC), que ficou nervosa, apresentando também podórrons anteriormente. Nega cardiopatia. Nega eventos cardiovasculares prévios. Nega história familiar de morte súbita.

Paciente no momento em BEG, corada, hidratada, eupneica em ar ambiente, consciente e orientada.

AC: BRNF 2 tempos sem sopro
AP: MV + bilateralmente sem RA
MMII: sem edema, panturrilhas livres, sem sinais de empastamento.
Ausência de sopro carotídeo.
Pulso radial presente bilateralmente, simétricos.
Assintomática.

AOS CONTROLES: PA 130X80 FC 95 BPM TEM 36,8 SAT 99% EM AR AMBIENTE

ECG: RITMO SINUSAL, FC 80 BPM, EIXO ELÉTRICO NORMAL, SEM SINAIS DE SOBRECARGA, AIRV ANTERIOR.

PLANO TERAPÊUTICO: SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS. VERIFICAR GLICEMIA CAPILAR AGORA. ORIENTO PACIENTE.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES LABORATORIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 HEMOGRAMA COMPLETO (ERITOGAMA+LEUCOGRAM)	1						
2 UREIA - BIOQUIMICA	1						
3 CREATININA - BIOQUIMICA	1						
4 SODIO - BIOQUIMICA	1						

PRESCRIÇÃO.: 5789839 DATA: 27/02/2021 00:55
USUÁRIO....: JDARNONI
ATENDIMENTO: 6407216 DT NASC: 09/02/2001 (20A OM 18D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 472399 - JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/02/2021 22:54 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO ANA PAULA OTAVIANI NILO
UNID. INT.: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: SERVIÇO: CLINICA MEDICA
CID.....: CICLO...: COBERTURA:
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EXAMES LABORATORIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
5 POTASSIO - BIOQUIMICA	1						

VISITA HOSPITALAR

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

7 VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)
Obs.: CONSULTA NA EMERGÊNCIA.

PROCEDIMENTOS MEDICOS COM MATERIA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
8 GLICEMIA CAPILAR (AGORA)	1	UNIDADE			AGORA	27/02	01:08

92mg/dl
Dra. Juliana Dolphine Arnoni
CARDIOLOGISTA
CRM-PR: 35200
JULIANA DOLPHINE ARNONI
CRM-PR: 35200

PRESCRIÇÃO.: 5789893 DATA: 27/02/2021 04:17
USUÁRIO.....: JDARNONI
ATENDIMENTO: 6407216 DT NASC: 09/02/2001 (20A 0M 18D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 472399 - JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/02/2021 22:54 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO ANA PAULA OTAVIANI NILO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO....

Paciente mantendo-se estável no período, assintomática, sinais estáveis.

PLANO TERAPÊUTICO: ALTA HOSPITALAR DA CARDIOLOGIA. ALTA + ORIENTAÇÕES. Oriento manter e realizar acompanhamento cardiológico. Se sintomatologia ou qualquer sinal de alarme retornar a este serviço. Oriento em relação a hidratação e demais orientações.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA

9 ALTA MELHORADA

Obs.: DA PARTE CARDIOLÓGICA.

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

Dra. Juliana Dolphine Arnoni
CRM-PR 35200
DOLPHINE ARNONI
CRM-PR: 35200

PRESCRIÇÃO.: 5789827 DATA: 27/02/2021 00:20
USUÁRIO.....: LODEBRECHT
ATENDIMENTO: 6407216 DT NASC: 09/02/2001 (20A 0M 18D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 472399 - JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/02/2021 22:54 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO ANA PAULA OTAVIANI NILO
UNID. INT.: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

REAValiação
TC CRANIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO OU DESVIO DE LINHA MÉDIA OU FRATURAS

HD TCE LEVE

CD ALTA COM ORIENTAÇÕES



LEONARDO ODEBRECHT
CRM-PR: 25780

PRESCRIÇÃO.: 5789794

SETOR SOLIC: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM

ATENDIMENTO: 6407216

PACIENTE...: 472399 - JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA NASC: 09/02/2001 20A OM 18D

ORIGEM ATD.: PRONTO ATENDIMENTO HBSM

CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP

PRESTADOR...: 26780 LEONARDO ODEBRECHT

ACOMODAÇÃO..:

UNID INTERN: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM

CID.....:

DATA PRESCRIÇÃO: 26/02/2021 23:37

NR CARTEIRA: 114379

VALIDADE:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

USUÁRIO: LODEBRECHT

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado

Para: 59 ECG - HBSM

Exames	Qtd	Pedido	Data Coleta	Material	Accession Number	Cod. Fatur.
HELETRCARD LOGRAMA	1	*2268130* 2268130	26/02/2021 23:37		*2831587* 2831587 AT	20010010

Justificativa: SINCOPE

Leonardo Odebrecht

LEONARDO ODEBRECHT

CRM-PR : 26780

Dados do Atendimento

Atendimento: 6407216 Data/Hora: 26/02/2021 22:54 Prioridade: Média
Paciente: 472399 - JANISE KAROLINNE PAIM DE ARAUJO C FARIA Sexo: F Nasc.: 09/02/2001 (20a 0m 18d)
Prestador: 5343 - PLANTAO ANA PAULA OTAVIANI NILO Especialidade: 98 - CLINICO GERAL
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: REFERE DESMAIO HOJE COM TRAUMA EM CRANIO, HA 4 HORAS OCORRIDO

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT:99%

Alergias: PLASIL

Sinais Vitais

P.A.: 140 x 76 mmHG Pulso: 100 bpm Temperatura: 36,8 °C

Neurologia

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:

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

56.039.630-2 12/JAN/2012

JANISE KAROLINNE PAIM DE
ARAÚJO CONTARDI FARIA
JASSON DE FARIA
E DENISE PAIM DE ARAÚJO FARIA

SALVADOR - BA 09/FEV/2001

SALVADOR - BA

SUBDISTRITO DE BROTAS

CN: LV. A238/FLS. 0201/N. 224746

449844358/60

Modelo ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 9/08/83