

 Prefeitura do Município de Maringá Secretaria de Fazenda Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e				Número 17.805 Código verificação BC2-DE8-E8B Emitido em 15/04/2021 09:41:50			
RPS Nº 17745 Série F de 15/04/2021 Lote 268448							
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@santantasaude.com.br					CEP:	87.015-020
						Fone:	(41) 3041-7312
Tomador de Serviços							
CNPJ:	15.116.763/0004-12						
Razão Social:	INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE						
Endereço:	JULIO DA COSTA, 1447, Bigorinho						
Município:	CURITIBA - PR						
Email:	JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.ORG.BR					CEP:	80.730-070
						Fone:	(41) 3240-2935
Discriminação dos Serviços							
RESSONANCIA MAGNETICA R\$ 700,88 ISS (%) 2.00 R\$ 14.02 PIS (%) 0.00 R\$ 0.00 COFINS (%) 0.00 R\$ 0.00							
Valor Total da NFS-e						R\$ 700,88	
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	700,88	2,00	14,02		
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	700,88	04/2021	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							

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

Remessa: **84580** Competência: **04/2021** Entrega: **15/04/2021**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**
Nota Fiscal



Período							Origem	Valor
Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento			
26/03/2021	26/03/2021	6433642000000		3419769	6433642	GABRIELA ROSENILDA DA SILVA		700,88
							Total : 1	700,88
							Total Geral : 1	700,88

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

2 - Nº Guia no Prestador 6433642000000

Folha: 1 / 1

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

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 1141579	9 - Validade da Carteira 01/01/2023	10 - Nome GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA	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 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	16 - Conselho Profissional 10	17 - Número no Conselho .001
18 - UF 41	19 - Código CBO 225320	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exams Solicitados	21 - Caracter do Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 26/03/2021	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql.Solic.	28 - Ql.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 05	33 - Indicação de Acidente ou doença relacionada	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados de Execução / Procedimentos e Exams Realizados 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 26/03/2021 14:49 14:49 22 41101316 RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO) 42 - Ql.de. 43 - Via 44 - Tbc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 700.88 700.88				

Identificação do(a) Profissional(ais) 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 do Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -	

59 - Total de Procedimentos (R\$) 700.88	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de CPWE (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases, Medicinas (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 700.88
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Profissional Solicitante HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A CNPJ: 23.876.304/0001-12 FATURAMENTO						



AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Gabriela Rosenilda da Silva Sousa

Nº da Carteirinha: 11.4.1579

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 10/06/2001

Nº da Guia: 2229.004



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
14/02/2021	20:28:00	Piscina	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Ombro Direito

Descrição

Aluna interna relata que estava em uma atividade na piscina térmica e ao fazer movimento de rotação de MSD, sentiu forte dor. Apresenta possível luxação de ombro D, perda de mobilidade, deformidade, refere forte dor ao movimentar o membro.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	14/02/2021

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

Motivo do Retorno

A aluna está sendo encaminhada para a realização da ressonância magnética no ombro direito, conforme a solicitação do médico, então diante essa guia fica autorizada a realização o exame.

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

Ass.: 

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA
10.06.2001 F 19a 9m 18d
INST. ADVEN N. Cart. 1141579

517565
Dta Ped 26.03.2021
Atend: 6433642



2278649

Dr(a): ANDRE ALBERTI CASADEI

Para: GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA

SOLICITO

RESSONANCIA OMBRO DIR

HD:LUXAÇÃO OMBRO DIR

Dr. André Alberti Casadei
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 38.632

MARINGA , 01/03/2021

Dr(a). ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM: 38632

GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA
10.06.2001 F 19a 9m 16d
INST.ADVEN N.Cart:1141679

517565
Dta Pad:26.03.2021
Atend: 6433642



2278649



Atendimento:	6433642	Pedido:	2278649	Ac. Number:	2844475
Registro / Nome:	GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA				
Data de Nascimento:	10/06/2001	Idade:	19 anos, 9 meses e 15 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	26/03/2021 14:49:00			Laudado:	01/04/2021 08:37:28
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A				

Rm De Ombro Direito (Unilateral)

MÉTODO

Exame de ressonância magnética realizado pelas técnicas de FSE, com ponderações em T1 e T2, com aquisições multiplanares.

ANÁLISE

Fratura impactada no aspecto posterior da cabeça umeral (Hill-Sachs), medindo 1,5 x 1,3 cm, associado a edema na medular óssea adjacente.

Alteração de sinal no plano capsuloligamentar anteroinferior, inferindo estiramento / rotura parcial neste contexto. Associa-se alteração de sinal no lábio glenoidal correspondente, podendo estar relacionado a lesão, sem destacamento.

Articulação acromioclavicular sem alterações.

Relação glenoumeral preservada, com o paciente na posição supina.

Superfícies condrais glenoumerais sem descontinuidades profundas.

Tendões que constituem o manguito rotador sem alterações.

Tendão da cabeça longa do bíceps braquial com sinal e morfologia habitual, nos seus segmentos intra e extra-articular.

Ventres musculares do manguito rotador e da cintura escapular sem alterações.

Ausência de líquido no plano da bolsa subacromial-subdeltoideia.

Demais segmentos do lábio da glenoide com sinal e morfologia habitual.

Ausência de derrame articular.

RENÊ KEIZO ARIKAWA

CRM- SP: 98744

TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

GABRIELA ROSENILDA DA SILVA SOUSA
10.06.2001 F 19a 9m 16d
INST.ADVEN N.Cart:1141579

517565
Dta Ped26 03.2021
Atend: 6433642



2278649

MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE	MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE
Abbocath Nº 18	Un	298		Luva de procedimento M	Un	999	
Abbocath Nº 20	Un	299		Luva de procedimento G	Un	998	
Abbocath Nº 22	Un	300		Luva estéril nº _____	Par		
Abbocath Nº 24	Un	301		Luva plástica	Par	1001	
Agulha 40X12	Un	181		Luva vinil _____	Par		
Agulha 30x7	Un	180		Máscara procedimento	Un	1081	
Agulha 25x7	Un	179		Micropore 25 mm	Cm	145	
Agulha tru cut 14 gx 15mm	Un	11433		Micropore 50 mm	Cm	148	
Aparelho para tricotomia	Un	1008		Polifix padrão 2 vias	Un	425	
Catéter de oxigênio	Un	7313		Preservativo sem lubrificante	Un	1058	
Compressa gaze	Pac	356		Protetor auricular	Un	7009	
Eletrodo de carbono	Un	28848		Safeflow	Un	29077	
Eletrodo desc de papel	Un	117		Seringa desc 10 ml luer lock	Un	1142	
Eletrodo meditrace	Un	6375		Seringa desc 10 ml	Un	740	
Equipo macrogotas	Un	497		Seringa desc 20 ml	Un	741	
Equipo intrafix compact air	Un	12155		Seringa desc 60 ml	Un	742	
Escalpe nº _____	Un			Sonda de aspiração nº 10	Un	745	
Esparadrapo	Cm	123		Sonda de aspiração nº _____	Un		
Extensofix 20 cm	Un	419		Stopper	Un	5725	
Extensofix 120 cm	Un	421		Torneirinhas 3 vias	Un	426	
Lanceta safe t pro uno	Un	22279		Tubo flexível do paciente	Un	29688	
Luva de procedimento P	Un	1000					

SINAIS VITAIS

Início	PA: <u>120</u> X <u>70</u> mmHg	Sat O ₂ : _____ %	Glicemia capilar: _____ mg/dl	FC: _____ bcpm
Fim	PA: <u>130</u> X <u>70</u> mmHg	Sat O ₂ : _____ %	Glicemia capilar: _____ mg/dl	FC: _____ bcpm

Ligado oxigênio: _____ : _____ l/min Desligado oxigênio: _____ : _____ l/min

Relatório de enfermagem / Rastreabilidade

Exame realizado com intercorrências

Jaqueline Benatto
Enfermeira
COREN-PR-409.875

Carimbo e assinatura da enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO

Ressonância Magnética

DECLARO, que:

1. Autorizo o corpo clínico do Centro de Diagnóstico por Imagem do Hospital Bom Samaritano de Maringá a realizar o exame solicitado e a praticar todos os atos médicos e de enfermagem dele decorrentes.
2. Estou ciente que no exame de _____ ao qual serei submetido (a) poderá ser necessário o **uso de meio de Contraste via endovenosa**, para obtenção de melhor resultado no diagnóstico. A administração do contraste não é totalmente isenta de riscos, porém torna-se fundamental em determinadas circunstâncias, pois melhoram a visualização das estruturas anatômicas.
3. Estou ciente que o uso do contraste pode causar efeitos colaterais/reações adversas incluindo náusea, cefaléia, urticária, coceira e vômitos. Muito raramente, complicações mais sérias ou reação anafilática pode ocorrer (1 caso em 100.000 – 500.000 procedimentos).
4. O exame de **Ressonância Magnética** utiliza um alto campo magnético associado a ondas de radiofrequência para aquisição de imagens. O campo magnético ou as ondas eletromagnéticas nos níveis que são utilizadas neste exame não são comprovadamente prejudiciais às pessoas, **não sendo utilizada radiação ionizante**.
5. Comprometo-me a responder o questionário abaixo com informações corretas e completas, bem como a cumprir o preparo de forma adequada para realização do exame.
6. **TODOS** os objetos metálicos, incluindo marca-passo ou implantes em olhos e aparelhos auditivos, próteses dentárias, chaves, telefones celulares, óculos, canetas, moedas, joias e qualquer outro material metálico removível deverão ser retirados, pois podem ser atraídos pelo equipamento. Portanto, **a entrada na sala com estes objetos é proibida**.
7. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferenciados daqueles inicialmente propostos.
8. Declaro que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter discutido e analisado com a equipe técnica os principais riscos e complicações de exames específicos à minha condição clínica, bem como de ter lido e compreendido todas as informações deste documento antes de sua assinatura.

Data do Exame: <u>26/03/21</u>		Data de Nascimento: <u>10/06/2001</u>		Idade: <u>19</u> anos.	
Nome completo: <u>Gabriela Rozennilda da Silva Souza</u>					
Peso: <u>59</u>		Altura: <u>1,62</u>		Sexo: (☒) Feminino () Masculino	
1) Você já se submeteu a algum tipo de exame em que foi necessário o uso de contraste via endovenosa ou via oral?					
() Sim (☒) Não Qual? _____					
2) Caso a resposta da anterior seja SIM, você apresentou algum tipo de reação à substância?					
() Sim () Não Qual? _____					
3) Você tem algum dos itens abaixo?					
** Marca-passo cardíaco	() Sim (☒) Não	** Trabalha com metal (serralheria, fundição)	() Sim (☒) Não		
** Clips de aneurisma	() Sim (☒) Não	** DVP – derivação ventricular (válvula de hidrocefalia)	() Sim (☒) Não		
** Implante coclear (ouvido) / Aparelhos Auditivos	() Sim (☒) Não	** Maquiagem definitiva/Tatuagem	() Sim (☒) Não		
** Lentes de contato	() Sim (☒) Não	** Piercing	() Sim (☒) Não		
** Stents/Clips cirúrgicos (vesícula, intestino, estômago, e etc.)	() Sim (☒) Não	** Dispositivo intra-uterino (DIU ou Mirena)	() Sim (☒) Não		
** Pino, prótese ou implante eletrônico, magnético, mecânico	() Sim (☒) Não	** Dentadura ou prótese fixa	() Sim (☒) Não		
** Válvula cardíaca	() Sim (☒) Não	** Expansor mamário	() Sim (☒) Não		
** Fragmento ou projétil metálico	() Sim (☒) Não	** Outro tipo de material implantado. Qual? _____			
4) Já fez exame de Ressonância Magnética? Teve alguma intercorrência?					
() Sim (☒) Não					
Se sim, favor descrever: _____					
5) Sofre de claustrofobia ou outros impedimentos para permanecer dentro do aparelho?					
() Sim (☒) Não					
6) Marque com X se você é portador(a) de alguma(s) das doenças abaixo:					
** Hipertensão Arterial	() Sim (☒) Não	** Diabetes	() Sim (☒) Não	** Úlcera Péptica	() Sim (☒) Não
** Mieloma Múltiplo	() Sim (☒) Não	** Gota	() Sim (☒) Não	** Doença Cardíaca	() Sim (☒) Não
** Feocromocitoma	() Sim (☒) Não	** Hipertireoidismo	() Sim (☒) Não	** Anemia Falciforme	() Sim (☒) Não
** Doença Renal	() Sim (☒) Não	** Cirrose	() Sim (☒) Não		
Faz uso de alguma medicação? Qual? _____					