

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

Remessa: **87585** Competência: **09/2021** Entrega: **15/09/2021**
Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**
Nota Fiscal 21062 Série: F

87585

Período		Guia TISS		Guia		Nr.Conta		Atendimento		Origem	Valor
31/08/2021	31/08/2021	3715				3532909	6636215			ANNA LUISA FERNANDES ALEI PRONTO ATENDIME	173,44
										Total : 1	173,44
										Total Geral : 1	173,44

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

2 - Nº Guia no Prestador 6636215000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
15/09/2021

5 - Senha

3715

6 - Data de Validade da Senha

3715

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

1148995

9 - Validade da Carteira

31/12/2022

10 - Nome

ANNA LUISA FERNANDES ALENCASTRO MARTINS

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 JOHANN MATHEUS G. GELHARDT

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

41325

18 - UF

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

15/09/2021

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

04

1

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

1	31/08/2021	10:14	10:14	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qlde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
2	31/08/2021	10:33	10:33	22	40803074	RX - ARTICULACAO ESCAPULOMERAL (OMERO)	001				1.0	1.0
3	31/08/2021	10:33	10:33	22	40803082	RX - BRACO	001				1.0	1.0
							001				36.72	36.72

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

48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cod na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

1 12 23876304000112 PLANTAO SAMUEL MACHADO

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

06

28684

41

225125

56 - Data de Realização de Procedimentos em Sdne 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -	/	/	3 -	/	/	5 -	/	/	7 -	/	/	9 -	/	/
2 -	/	/	4 -	/	/	6 -	/	/	8 -	/	/	10 -	/	/

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

173.44

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 Médicinas (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

173.44

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

CNPJ: 23.876.304/0001-12

FATURAMENTO

Impresso por: SCSANTOS

Data/Hora: 17/09/2021 09:12:38

Contat.Loc: 3532909

Atendimento: 6636215

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

2522000



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

2 - Nº Guia no Prestador 3715

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira
1148995

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ANNA LUISA FERNANDES ALENCASTRO MARTINS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

N

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO JOHANN MATTHEUS G. GELHARDT

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data de Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Q1 Solic.

28 - Q1 Autoriz.

29 - Q1 Solic.

30 - Q1 Autoriz.

31 - Q1 Solic.

32 - Q1 Autoriz.

33 - Q1 Solic.

34 - Q1 Autoriz.

35 - Tabela

36 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

37 - Descrição

38 - Data

39 - Hr. Inicial

40 - Hr. Final

41 - Tabela

42 - Código do Procedimento

43 - Descrição

44 - Q1 Solic.

45 - Q1 Autoriz.

46 - Q1 Solic.

47 - Q1 Autoriz.

48 - Q1 Solic.

Dados do Contrato Execução

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

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 - Q1 Solic.

43 - Q1 Autoriz.

44 - Q1 Solic.

45 - Q1 Autoriz.

46 - Q1 Solic.

47 - Q1 Autoriz.

48 - Q1 Solic.

49 - Q1 Autoriz.

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(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

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 OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: APSQUAZ

Data/Hora: 31/08/2021 09:01:39

Conta/Lote: 6636215

Atendimento: 6636215

Contratado: INST ADVENTISTA-AP

6636215



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

2 - Nº Guia no Prestador 3715

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal 3715
4 - Data de Autorização	5 - Semha
6 - Data Validade da Semha	7 - Número da Guia Atibuido pela Operadora

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 1148995	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ANNA LUISA FERNANDES ALENCASTRO MARTINS	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 JOHANN MATHEUS G. GELHARDT	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 41325	18 - UF 41	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Carteira do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 31/08/2021	23 - Indicação Clínica Samuel Machado	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd. Solic.	28 - Qtd. Autoriz.
1	22	40803082 RX - Braco	1	0
2	22	40803074 RX - Articulacao escapuloumeral (ombro)	1	0

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / 11-TEOT 15284

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CIES 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 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Real / 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/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - 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 OPMs (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinas (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: Anna Luisa Fernandes Alencastro Martins
Nº da Carteirinha: 11.4.8995
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 14/06/2006

Nº da Guia: 3715

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/08/2021	15:30:00	Campo de futebol em frente ao ginásio.	Atividade da escola.

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Ombro Esquerdo, Braço Esquerdo

Descrição

A aluna interna estava andando de quadriciclo na pista, quando ao tentar se desviar de outros carrinhos bateu no meio fil e capotou. Caiu de lado em cima do braço E, e o brinquedo caiu em cima da perna causando arranhões. Ela refere: algia no braço ao movimentá-lo, impedindo de levantar o membro por causa da dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jefferson Queiroz.	(44) 9907-9111

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto	29/08/2021

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

Observações

Foi feito o atendimento e tratamento natural no próprio estabelecimento durante o dia, e tomou anti-inflamatório para aliviar e esperou a melhora devido a quarentena. Não havendo melhora do quadro, foi encaminhada ao hospital.

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
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Atendimento:	6636215	Pedido:	2354302	Ac. Number:	2939377
Registro / Nome:	ANNA LUISA FERNANDES ALENCASTRO MARTINS				
Data de Nascimento:	14/06/2006	Idade:	15 anos, 2 meses e 16 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	31/08/2021 10:33:00			Laudado:	08/09/2021 07:43:18
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - BRAÇO ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)

Não se visualizam sinais de fraturas desviadas ao método.

Espaços articulares preservados.

Isabella Dantas Sacchi R.

ISABELLA DANTAS SACCHI R.

CRM- PR: 40827

Aisar Mohammad Jaber

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento: 6636215 Pedido: 2354302 Ac. Number: 2939378
Registro / Nome: ANNA LUISA FERNANDES ALENCASTRO MARTINS
Data de Nascimento: 14/06/2006 Idade: 15 anos, 2 meses e 16 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 31/08/2021 10:33:00 Laudado: 08/09/2021
07:43:38
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - OMBRO ESQUERDO (2 INCIDÊNCIAS)

Não se visualizam sinais de fraturas desviadas ao método.

Espaços articulares preservados.

ISABELLA DANTAS SACCHI R.

CRM- PR: 40827

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 6110253 DATA: 31/08/2021 10:14
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6636215 DT NASC: 14/06/2006 (15A 2M 18D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 532458 - ANNA LUISA FERNANDES ALENCASTRO MARTINS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 31/08/2021 09:01 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE RELATA CAPOTAMENTO COM QUADRICICLO, HÁ 15 DIAS, COM TRAUMA DIRETO EM OMBRO ESQ. VEM HOJE COM QUEIXA DE DOR LOCAL, DIFICULDADE PARA ABDUÇÃO DO OMBRO.

LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO E RE, DOR AO REALIZAR USO MUSCULATURA DELTOÍDE ANTERIOR E POSTERIOR, SEM DOR AO REPOUSO

SOLICITO RX

6636215

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP OMBRO (ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL) Justificativa.: T Obs.: ESQ	1						
2 RX MEM SUP BRACO (UMERO) Justificativa.: T Obs.: ESQ	1						

VISITA HOSPITALAR

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

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

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684



Dados do Atendimento

Atendimento: 6636215 Data/Hora: 31/08/2021 09:01 Prioridade: Baixa
Paciente: 532458 - ANNA LUISA FERNANDES ALENCASTRO MARTINS Sexo: F Nasc.: 14/06/2006 (15a 2m 18d)
Prestador: 5269 - PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT Especialidade: 15 - CLINICA 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: PCT REFERE QUEDA COM TRAUMA EM MSE HA 15 DIAS // QUEIXA SE DE DOR AO MOVIMENTO

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT: 98% FR 19

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 140 x 80 mmHG Pulso: 90 bpm Temperatura: 36 °C

Oncologia

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: VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 10.006.808-7 DATA DE EXPEDIÇÃO: 19/10/2016

NOME: **CRISTIANE FABIOLA VERDAN DA SILVA**

FILIAÇÃO: JACI VERDAN DA SILVA
SONIA MARA DOS SANTOS

NATURALIDADE: CURITIBA/PR DATA DE NASCIMENTO: 23/02/1987

DOC. ORIGEM: COMARCA=CURITIBA/PR, 1 OFÍCIO
C.NASC=8955, LIVRO=521A, FOLHA=255

CPF: 070.554.629-24

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO FALSIFICAR

ESTADO DE MATO GROSSO

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. AROLDINO MENDES DE PAIVA

NOME ANNA LUISA FERNANDES ALENCASTRO MARTINS

FILIAÇÃO JOSÉ EDIR DE ARRUDA MARTINS JUNIOR
RACHEL FERNANDES ALENCASTRO MARTINS

DATA NASCIMENTO 14/09/2005

NATURALIDADE GUARANTÁ DO NORTE-MT

TIPO/FATOR RH ☒ ORGÃO EXPEDIDOR SSP/MT

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Competencia: 09/2021 - Ordenado por: Remessa - Situacao: Todas - Agrupamento: Todos

Convênio: 59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC

Remessa	Dt. Abertura	Dt. Fechamento	Dt. Entrega	Total	Qt. de Contas
87572	15/09/2021	15/09/2021	15/09/2021	507,40	1
87573	15/09/2021	15/09/2021	15/09/2021	700,88	1
87574	15/09/2021	15/09/2021	15/09/2021	35,64	1
87575	15/09/2021	15/09/2021	15/09/2021	56,50	1
87576	15/09/2021	15/09/2021	15/09/2021	56,50	1
87578	15/09/2021	15/09/2021	15/09/2021	135,64	1
87579	15/09/2021	15/09/2021	15/09/2021	305,07	1
87580	15/09/2021	15/09/2021	15/09/2021	100,00	1
87581	15/09/2021	15/09/2021	15/09/2021	146,14	1
87583	15/09/2021	15/09/2021	15/09/2021	171,28	1
87584	15/09/2021	15/09/2021	15/09/2021	227,64	1
87585	15/09/2021	15/09/2021	15/09/2021	173,44	1
Total do Convenio:				2.616,13	12
Total Geral:				2.616,13	12

Convênios Selecionados

59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC