

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

Remessa: **87580** Competência: **09/2021** Entrega: **15/09/2021**

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

87580

Nota Fiscal

Período

Início	Termino	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
11/08/2021	11/08/2021	3600		3504493	6606883	SAMUEL DA SILVA MORAIS PRONTO ATEND PEC	100,00

Total : 1 100,00

Total Geral : 1 100,00

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

2 - Nº Guia no Prestador 6606883000000

Folha: 1 / 1

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

4 - Data de Autorização 11/08/2021	5 - Sentin 3600	6 - Data de Validade da Sentin 3600	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3600
---------------------------------------	--------------------	--	---

8 - Número da Carteira 4362170	9 - Validade da Carteira 31/12/2021	10 - Nome SAMUEL DA SILVA MORAIS	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 JOYCE APARECIDA F DE MELO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 39294	
		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124	
				20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Cartão do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 11/08/2021		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 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 11/08/2021 11:04 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO									
42 - Qrde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 100.00 100.00									

Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)									
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 1 12 23876304000112 PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELO									
52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 06 39294 41 225124									

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

58 - Observação / Justificativa									
59 - Total de Procedimentos (R\$) 100.00 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 Medicinas (R\$) 100.00 65 - Total Geral (R\$)									

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização									
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável									
68 - Assinatura do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A CNPJ: 23.876.394/0001-12 FATURAMENTO									

2 - Nº Guia no Prestador 3600

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Semta		7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora																															
4 - Data de Autorizacao		5 - Semta		9 - Validade da Carteira		10 - Nome SAMUEL DA SILVA MORAIS		11 - Numero do Cartao Nacional de Saude		12 - Atendimento a RN N																											
8 - Numero da Carteira 4362170		13 - Codigo do Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Numero no Conselho 39294		18 - UF 41		19 - Codigo CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante 																					
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitacao 11/08/2021		23 - Indicao Clinica		24 - Tabela 1		25 - Codigo do Procedimento ou Item Assistencial 10101039		26 - Descricao Consulta em pronto socorro		27 - Qt. Solic. 1		28 - Qt. Autoriz. 0																							
29 - Codigo na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Codigo CNES 9366230		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicao de Acidente ou Doenca relacionada		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Data 37 - Hr. Inicial		38 - Hr. Final		39 - Tabela		40 - Codigo do Procedimento		41 - Descricao		42 - Qtd.		43 - Via		44 - Tdc.		45 - % Fed / Acresc.		46 - Valor Unitario (R\$)		47 - Valor Total (R\$)			
48 - Seq. Rel.		49 - Gr. Part.		50 - Codigo na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Numero no Conselho		54 - UF		55 - Codigo CBO		56 - Data de Realizacao de Procedimento em Serie		57 - Assinatura do Beneficiario ou Responsavel 		58 - Observacao / 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 Responsavel pela Autorizacao	
Impresso por: RFT/ASSI		Data/Hora: 11/08/2021 10:47:04		Controle: 600883		Atendimento: 600883		Contato: CLINICA ADIENTISTA - CLAC		*6606883*																											

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

2 - Nº Guia no Prestador 3600

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal 3600	
4 - Data de Autuação		5 - Semha	
6 - Data Validade da Semha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	

Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 4362170		9 - Validade da Carteira		10 - Nome SAMUEL DA SILVA MORAIS		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 JOYCE APARECIDA F DE MELLO		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 39294		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 11/08/2021		23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 18 60034025		26 - Descrição TAXA POR UNIDADE DE CURATIVO PEQUENO		27 - Qt. Solic. 1		28 - Qt. Autoriz. 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 (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 - Tpc		45 - % Red / Acresc		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
---	--	-----------	--	------------------	--	----------------	--	-------------	--	-----------------------------	--	----------------	--	-----------	--	----------	--	----------	--	---------------------	--	---------------------------	--	------------------------	--

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)		48 - Seq. Rel		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 de Procedimento em Série		56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		57 - Assinatura do Profissional		58 - Observação / Justificativa	
1 -		2 -		3 -		4 -	
5 -		6 -		7 -		8 -	
9 -		10 -		11 -		12 -	

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 Casos Medicinas (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
--------------------------------	--	--------------------------------------	--	-------------------------------------	--	--------------------------	--	----------------------------------	--	----------------------------------	--	------------------------	--

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

6606883

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samuel da Silva Moraes

Nº da Carteira: 4.36.2170

Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F

Data de Nascimento: 22/10/2015

Nº da Guia: 3600



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/08/2021	09:55:00	Refeitório	Deslocamento interno

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

Descrição
Samuel sofreu uma queda e bateu o rosto na cadeira

Testemunha da ocorrência	Telefone
Tainã Weber	(44) 3112-3637

Quem prestou primeiros socorros	Data
Tainã Weber	11/08/2021

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

Observações
O aluno foi atendido pela professora e pelo monitor.

76.726.884/0117-58

INSTITUIÇÃO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA
DE EDUCAÇÃO

REGIÃO ADMINISTRATIVA NORTE PARANAENSE
ESCOLA ADVENTISTA

Ass.:

RUA FLORIANO PEIXOTO 768 - ZONA 07

CEP 37030-030 - MARINGÁ - PR

Secretaria Zona 07

Simone de A. A. Rocha da Cruz

Administrador Financeiro

RG: 5.219.440-7

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

Impresso por: Secretaria Zona 07

1 de 1

11/08/2021 10:00

PRESCRIÇÃO.: 6075999 DATA: 11/08/2021 11:04
USUÁRIO....: PJAFMELLO
ATENDIMENTO: 6606883 DT NASC: 22/10/2015 (5A 9M 21D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CIAC
PACIENTE...: 530878 - SAMUEL DA SILVA MORAIS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/08/2021 10:46 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

6606883

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CUIDADOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 CURATIVO					AGORA	
Obs.: ponto falso em palpebra superior esquerda						

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
CRM-PR: 39294

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 6606883 Prontuário: 530878 SAME:
Paciente..... : SAMUEL DA SILVA MORAIS
Endereço..... : RUA PIONEIRO NEREU MAZZER DE 1 A 1770
Bairro..... : JARDIM TOQUIO
Cidade..... : MARINGA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC
CID Principal..... : S018 - FERIMENTO NA CABECA, DE OUTRAS LOCALIZACOES
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 11/08/2021

Hora Atend: 10:46 Data Atend: 11/08/2021
Idade: 5 a

UF.: PR CEP: 87025810
Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM

Hora Saída : 11:06

Prestador da Evolução Médica: 4214 PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

HDA

queda na escola com escoriação em palpebra supeiror esquerda- bateu na cadeira. sem vomitos ou perda de consciencia

EXAME FISICO

beg
mucosas chaa
ar mv + bilateral sra eupneico
oros salt
otos salt
ab db- flacido rha + normais
pele escoriação em palpebra supeiror esquerda - sem profundidade
s/sinais meningeos

DIAGNOSTICO

ferimento palpebra superior esq

DIAGNOSTICO - HISTORICO

ferimento palpebra superior esq

TRATAMENTO

ponto falso
oriento sinais de alarme
retorno s/n

Joyce A. F. Mello
Pediatria
RQE: 29.037

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO / 39294
PEDIATRIA

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ
000 - Sistema de Urgência/Emergência
de Triagem

Dados do Atendimento

Atendimento: 6606883 Data/Hora: 11/08/2021 10:46 Prioridade: Baixa
Paciente: 530878 - SAMUEL DA SILVA MORAIS Sexo: M Nasc.: 22/10/2015 (5a 9m 21d)
Destinador: 4214 - PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO Especialidade: 36 - PEDIATRIA
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

História Clínica

Admissão
Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: MAE REFERE CRIANÇA ESTAVA BRINCANDO ESCORREGOU E CORTOU PALMEIRA ESQUERDA HA 30 MIN ATRAS. NEGA
DEMAIS SINTOMAS

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: N
Alergias: DESCONHECE

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 100 bpm Temperatura: 36,4 °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:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: SAT%:99
PESO :24.200
MEDICADO:07:00 DESLORATADINA
MED CONTINUO:-
PEDIATRA: ROSANI

TAXA DE SALA

Quantid.	Material	Quantid.	Material	Quantid.	Material
	Abblacath nºº		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)
	Água Oxigenada - ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva - cm
	Agulha descartável 25x7	01	Compr. De gase 7,5x7,5 (setor)-un.		Intracath longo adulto
	Agulha descartável 40x12		Compr. De gase tipo queijo (45 cm)		Intracath infantil
	Álcool Iodado - ml		Dreno pen rose nºº 01		Lâmina de bisturi nºº 11
	Atadura algodão ortopédico 10 cm		Dreno pen rose nºº 02		Lâmina p/ tricotomia
	Atadura algodão ortopédico 20 cm		Dreno pen rose nºº 03		Luva estéril nºº
	Atadura crepom (PS/CC) 10 cm		Eletrodo desc. De papel - unidade		Luva de procedimento un.
	Atadura crepom (PS/CC) 20 cm		Equipo macrogotas		Malha Tubular nºº
	Atadura gessada 10 cm		Equipo microgotas		Micropore 25 mm - cm
	Atadura gessada 20 cm		Escalpe nºº		Polifix Padrão
	Benzina - ml		Esparradrapo - cm		PVP1 degermante
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PVP1 tóxico
	Cadafço - 100 cm		Fio polycot 2-0 (P-13-T)		Salto de madeira adulto
	Cânula end. S/balão nºº		Fio Polycot 3-0 (P-14-T)		Salto de madeira infantil
	Cânula end. C/balão nºº		Fio Mononylon 4-0 (1129 T)		Seringa descartável s/sg. 3ml

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Fixação de Escala de Soro	Punção Lombar
Aplicação IM	Fixação de Cateter de O2	Punção Venosa - Adulto
Aspiração	Flebotomia	Punção Venosa - Infantil
Cardioversão elétrica	Glicemia Capilar	Retirada de soro
Curativo PEQUENO	Monitorização Cardíaca - Início:	Sondagem vesical de alívio
Curativo MÉDIO	Nebulização	Sondagem vesical de demora
Curativo GRANDE	Oxigênio - Início:	Sondagem nasogástrica
Drenagem torácica - KIT DREN	Passagem de intracath	Traqueostomia
Eletrocardiograma - CG	Punção abdominal	Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	P	T	Sat O2	Obs.
10:53	-	100	36/14	99%	11:20 - Ruano e sua mãe chegaram no PAI acompanhados da mãe. Ruano, que estava brincando, começou a chorar e a mãe começou a chorar também. Foi feita uma punção lombar e a mãe ficou muito triste. Foi feita uma punção lombar e a mãe ficou muito triste. Foi feita uma punção lombar e a mãe ficou muito triste.

21 Pamela Pereira Carneiro
ENFERMEIRA
COREN-PR 660.584

ALTA HS.

