

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

Remessa: **87578** Competência: **09/2021**

Entrega: **15/09/2021**

87578

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

Nota Fiscal

Período

Início	Termo	Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
27/07/2021	27/07/2021	6584151000000		3491914	6584151	GUSTAVO ROHLING MOREIRA PRONTO SOCORRO	135,64

Total : 1 135,64

Total Geral : 1 135,64

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

2 - Nº Guia no Prestador 6584151000000

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

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

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

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 - 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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

1 27/07/2021 09:22 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

2 27/07/2021 09:24 22 40803120 RX - MÃO OU QUIRODACTILO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 100.00 100.00
001 1.0 35.64 35.64

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

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód. na operadora/CPR 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 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\$)

135.64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de OPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

135.64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Contratado

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

135.64

FATURAMENTO

22091912

Impresso por: SCSANTOS

Data/Hora: 17/09/2021 09:10:54

Conta/Lote: 3491914

Atendimento: 6584151

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

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

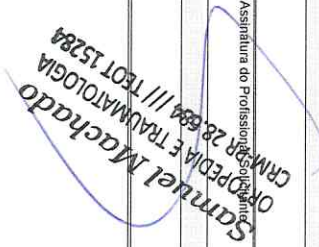
2 - Nº Guia no Prestador 6584151

Folha: 1 / 1

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

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

8 - Número da Carteira 1686	9 - Validade da Carteira	10 - Nome GUSTAVO ROHLING MOREIRA	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	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28684	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional 
--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/07/2021	23 - Indicação Clínica
----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Ql Solic. 1	28 - Ql Autoriz. 0
---------------------	--	--	---------------------	-----------------------

29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230
--	---	-----------------------------

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente 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 - Qlde 43 - Via 44 - Têc.	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	64 - Código CBO
---------------------------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

55 - Data de Realização de Procedimento em Série 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-	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 OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 6584151

Folha: 1 / 1

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

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

8 - Número da Carteira 1686	9 - Validade da Carteira	10 - Nome GUSTAVO ROHLING MOREIRA	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 SAMUEL MACHADO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28684	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
--	---	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/07/2021	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 40803120	26 - Descrição RX - Mao ou quirodactilio	27 - Ql. Solic. 1	28 - Ql. Autoriz. 0
----------------------------------	--	------------------------	------------------	---	---	----------------------	------------------------

29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230
--	---	-----------------------------

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente 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 - Qlde	43 - Via	44 - Tec.	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	64 - Código CBO
----------------	---------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

55 - 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 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				

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Guilherme Rohling Moreira
Nº da Carteira: 1086
Instituição: Instituto Adventista Paranaense (IAP)
Data de Nascimento: 19/06/97 Nº da Guia: 0



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
<u>29/07/2021</u>	<u>21:15</u>	<u>IAP</u>	<u>Jogos de Vôlei</u>

O que aconteceu	Partes do corpo
<u>Arremada da bola durante o jogo de vôlei</u>	<u>Polso direito</u>

Descrição: Durante atividade esportiva a bola bateu no pulso direito quando, durante a ação, foi realizada.

Testemunha da ocorrência: Dr. Jefferson Guirroz Telefone: (41) 9 9907-9111

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
<u>HOSPITAL Bom Samaritano</u>				

Observações

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

Ass.: Célia T. D. 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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Atendimento:	6584151	Pedido:	2335199	Ac. Number:	2915190
Registro / Nome:	GUSTAVO ROHLING MOREIRA				
Data de Nascimento:	19/06/1997	Idade:	24 anos, 1 mês e 8 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	27/07/2021 09:24:00			Laudado:	03/08/2021
					09:11:12
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - MÃO DIREITA (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

PRESCRIÇÃO.: 6050324 DATA: 27/07/2021 09:22
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6584151 DT NASC: 19/06/1997 (24A 1M 8D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 72613 - GUSTAVO ROHLING MOREIRA
SEXO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INSCRIÇÃO.: 27/07/2021 08:57 0 DIAS(S) INT
NOME.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRONT. INT.: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CICLO....: /
DIAGNÓSTICO:
PLANO:
SOLICITO RX
REAVLIO APÓS

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA DIRETO EM POLEGAR EM JOGO DE VOLEI, RELATA DOR EM POLEGAR, NEGA
DEMAIS QUEIXAS.

EFO
DOR A PALPAÇÃO DE FALANGE DISTAL DO POLEGAR
EDEMA +/+
EQUIMOSE DISCRETA
ADM LIMITADA PELA DOR
PELE INTEGRAL
NEUROVASCULAR OK

PLANO:
SOLICITO RX
REAVLIO APÓS

6584151

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						
Justificativa.: AP + PÉRFIL POLEGAR							

VISITA HOSPITALAR

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

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 /// TEOT 15284
PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

PRESCRIÇÃO.: 6050438 DATA: 27/07/2021 09:50
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 6584151 DT NASC: 19/06/1997 (24A 1M 8D)
CONVENIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 72613 - GUSTAVO ROHLING MOREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/07/2021 08:57 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
.....: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
.....: CICLO...: /
.....:
.....:
.....: RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RAIO X SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO NO MOMENTO

PLANO TERAPÊUTICO:
ALTA COM ANALGESIA
ATESTADO
GELO NO LOCAL
RETORNO SE NECESSARIO
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

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

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

Dados do Atendimento

Atendimento: 6584151 Data/Hora: 27/07/2021 08:57 Prioridade: Baixa
Paciente: 72613 - GUSTAVO ROHLING MOREIRA Sexo: M Nasc.: 19/06/1997 (24a 1m 8d)
Prestador: 4031 - SAMUEL MACHADO Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: PCT REFERE ACIDENTE COM BOLA JOGANDO VOLEI HA 2 DIAS // TRAUMA EM MÃO DIREITA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT: 97% FR 18

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 115 x 66 mmHG Pulso: 75 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:

