

87573

Total Geral : 1 700,88

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

2 - Nº Guia no Prestador 6570201000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
15/09/2021

5 - Sentença

2238006

6 - Data de Validade da Sentença

2238006

6 - Número da Carteira
000000000

9 - Validade da Carteira
01/01/2025

10 - Nome
JOSE FERREIRA NETO

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
DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
28801

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
15/09/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
26 - Descrição
ou Item Assistencial

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 (acidente ou doença relacionada)

9

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-Procedimento 41-Descrição
1 16/07/2021 07:50 22 41101316 RM - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)

42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
001 1.0 700.88 700.88

Identificação do(a) Profissional(a) 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\$)
700.88

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)
0.00

62 - Total de OPMs (R\$)
0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0.00

64 - Total de Gases Médicinas (R\$)
0.00

65 - Total Geral (R\$)
700.88

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
CNPJ: 28.876.304/0001-12
FATURAMENTO



PRESCRIÇÃO MÉDICA

CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR
IMAGEM

JOSE FERREIRA NETO
15/10/1999 F 21a9m 1d
CLINICA AD N.Cart0000000000

518:47
Dta Ped16/07/2021
Atend: 6570201



2329650

Paciente		Data de Nascimento
Atendimento	Peso (quilos)	Altura (m)
Convênio	Setor	Data do atendimento
Procedimento realizado		

MEDICAMENTO	QTDE	CÓD	HORA	MEDICAMENTO	QTDE	CÓD	HORA
Adrenalina 1mg/ml - 1ml		2969		Luftal 75mg/ml - 10ml		3092	
Água destilada - 10ml		3232		Monocordil 10mg/ml - 1ml		3009	
Água destilada - 100ml		3231		Novalgina 1g/ml - 2ml		3602	
Aminofilina 240mg/10ml		3168		Plasil 10mg/2ml - 2ml		3103	
Ancoron 150mg/3ml - 3ml		2977		Primovist - 10ml		29420	
Atenolol 25mg		2980		Propofol 10mg/ml - 20ml		4789	
Atenolol 50mg		2982		Omnipaque 300 - 100ml		27743	
Atropina 0,25mg/ml - 1ml		7422		Omnipaque 350 - 100ml		29645	
Azul de metileno		3369		Omniscan - 20ml	01	29647	
Brevibloc 10mg/ml - 10ml		2993		Persantin 10mg/2ml		28561	
Buscopan 20mg/ml - 1ml	01	3115		Prohance 1x10ml		28821	
Buscopan composto - 5ml		3116		PVPI tópico		29447	
Capoten 25mg		3019		Seloken 1mg/ml - 5ml		27896	
Capoten 50mg		3020		Soro fisiológico 0,9% - 10ml	01	3190	
Clorexidine alcóolica 0,5%		29422		Soro fisiológico 0,9% - 10ml		3190	
Dobutrex 250mg/20ml - 20ml		2964		Soro fisiológico 0,9% - 100ml		13576	
Dormonid 15mg/3ml - 3ml		3692		Soro fisiológico 0,9% - 250ml		3271	
Ethamolin - 2ml		5449		Soro fisiológico 0,9% - 500ml		3273	
Glicose 25% - 10ml		3210		Vitamina E - 400mg		29298	
Glicose 50% - 10ml		3211		Xylocaína 2% S/V - 20ml		4455	
Isordil 5mg		4728		Xylocaína gel 2% - 30ml		3667	
Lanexat 0,5mg/5ml - 5ml		2792		Xylocaína spray 10% - 50 ml		3670	

Evolução Médica

Dr. Oscar Adolfo
CRM 8874



Atendimento: 5570201 Pedido: 2329650 Ac. Number: 2908218
Registro / Nome: JOSE FERREIRA NETO
Data de Nascimento: 15/10/1999 Idade: 21 anos, 9 meses e 1 dia Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 16/07/2021 07:50:00 Laudado: 23/07/2021
10:50:46
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: DIOGENES EMANOEL DE C. JR R

Rm De Joelho Esquerdo (Unilateral)

MÉTODO

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

ANÁLISE

Patela tópica.

Condropatia patelar caracterizada por alteração do sinal, sem descontinuidades ou alteração do osso subcondral.

Leve edema no aspecto superolateral da gordura infrapatelar, decorrente de sobrecarga / atrito do mecanismo extensor.

Superfícies condrais da tróclea femoral e femorotibiais preservadas.

Estruturas ósseas com morfologia e sinal preservados.

Tênue fissura horizontal no corno posterior do menisco medial com extensão à superfície capsular.

Menisco lateral sem alterações.

Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.

Estruturas tendíneas sem alterações.

Ausência de derrame articular.

Fossa poplíteia livre.

RENÊ KEIZO ARIKAWA

CRM- SP: 98744

SOLICITAÇÃO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

Data: __/__/__

Paciente:	Idade:
Convênio () SRS	
Médico Solicitante:	
Indicação clínica:	
Ressonância solicitada:	
Órgão / área investigado:	Lateralidade: () E () D
Descrição e início dos sintomas:	
Don na 566M @	
Pica na 166M-	
Exames de imagem já realizados:	
Sm. 110 @	
Realizou algum exame de imagem nos últimos 12 meses? Quais?	
R2	

Dr. Diógenes de Carvalho Junior
CRM: 28.601
TEC: 14.694
Amb. Santa Rita

Termo de Consentimento Ressonância Magnética

DECLARO, que:

- 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.
- 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.
- Estou ciente que o uso do contraste pode causar efeitos colaterais/reações adversas incluindo náusea, cefaleia, urticária, coceira e vômitos. Muito raramente, complicações mais sérias ou reação anafilática pode ocorrer (1 caso em 100.000 – 500.000 procedimentos).
- 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**.
- 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.
- 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**.
- 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.
- 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: ____/____/____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: ____ anos.

Nome completo

João Pereira Neto

Peso:

67,00 Kg

Altura:

1,72

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

** Clips de aneurisma

() Sim ☒ Não

** Implante coclear (ouvido) / Aparelhos Auditivos

() Sim ☒ Não

** Lentes de contato

() Sim ☒ Não

** Stents/Clips cirúrgicos (vesícula, intestino, estômago, e etc.)

() Sim ☒ Não

** Pino, prótese ou implante eletrônico, magnético, mecânico

() Sim ☒ Não

** Válvula cardíaca

() Sim ☒ Não

** Fragmento ou projétil metálico

() Sim ☒ Não

** Trabalha com metal (serralheria, fundição)

() Sim ☒ Não

** DVP – derivação ventricular (válvula de hidrocefalia)

() Sim ☒ Não

** Maquiagem definitiva/Tatuagem

() Sim ☒ Não

** Piercing

() Sim ☒ Não

** Dispositivo intra-uterino (DIU ou Mirena)

() Sim ☒ Não

** Dentadura ou prótese fixa

() Sim ☒ Não

** Expansor mamário

() Sim ☒ Não

** Outro tipo de material implantado. Qual? _____

() Sim ☒ Não

4) Já fez exame de Ressonância Magnética? Teve alguma intercorrência?

Se sim, favor descrever: _____

5) Sofre de claustrofobia ou outros impedimentos para permanecer dentro do aparelho?

() Sim ☒ Não

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR
DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPS/ADT**

2 - Nº Guia no Prestador
1510149

1 - Registro ANS 348180	3 - Número Guia Principal	4 - Data da autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-----------------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------	----------------------------	---

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome Levi F. Neto	11 - Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
------------------------	--------------------------	----------------------------------	-------------------------------	-----------------------

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado
--------------------------	-------------------------

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional	17 - Número do Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------------	-------------------------	---------	-----------------	---

Dr. Diógenes F. Pereira
CRM: 14.684
R. 14.684
Santa Rita

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica 582.2	27 - Qtd. Sols. 28 - Qtd.
-----------------------------	--------------------------	--	---------------------------

24 - Tabela

1- ☐	2- ☐	3- ☐	4- ☐	5- ☐	25 - Código do Procedimento 41101316	26 - Descrição Fluor Seletiva	27 - Qtd. Sols. 28 - Qtd.
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	---	---------------------------

Dados do Contratante Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
--------------------------	-------------------------	------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
--------------------------	---	-----------------------	--

Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Téc.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário-R\$	47 - Valor Total-R\$
1- ☐	2- ☐	3- ☐	4- ☐	5- ☐	6- ☐	7- ☐	8- ☐	9- ☐	10- ☐	11- ☐	12- ☐

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

48 - Seq. Ref	49 - Grau Part.	50 - Código da Operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
---------------	-----------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série

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

58 - Observação / Justificação

59 - Total Proc. Jimento R\$	60 - Total Taxas e Aluguéis R\$	61 - Total Materiais R\$	62 - Total OPME R\$	63 - Total 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 RETORNO



Aluno: José Ferreira Neto
Nº da Carteira: 11.4.422
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 15/10/1999

Nº da Guia: 2338.006

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
13/02/2021	23:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Joelho Esquerdo

Descrição

O aluno interno estava participando de uma atividade do colégio (queimada), e para se desviar da bola o mesmo abaixou e bateu com muita força o joelho esquerdo no chão.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Filipe

(66) 99915-3855

Renan

(66) 99915-3855

Quem prestou primeiros socorros

Data

Célia

18/02/2021

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

Liberação para o procedimento de ressonância magnética de Joelho esquerdo, conforme pedido médico. No dia 07/07/2021.

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

Ass.: Célia Teixeira

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Célia Teixeira Damasceno Da