

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

2 - Nº Guia no Prestador 6691261000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4037	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização 05/10/2021	5 - Senha 4037	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário			
6 - Número da Carteira 4313824	9 - Validade da Carteira 31/12/2022	10 - Nome ISABELLA CAMARA RAUSCH	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	19 - UF 41	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 225124
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 39294	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/10/2021	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 4313824	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 ONES 9365230	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data 1 05/10/2021	37 - Hr. Inicial 12:09	38 - Hr. Final 12:11	39 - Tabela 22
40 - Procedimento 2 05/10/2021	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	42 - Qtd. 001	43 - Via 001
44 - Téo. 1.0	45 - Fator R/Acr 1.0	46 - Valor Unitário 100,00	47 - Valor Total 100,00
48 - Sg. Ref. 1	49 - Gr. Part 12	50 - Cod na operadora/CPF 23876304000112	51 - Nome do Profissional PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
52 - Conselho Prof 06	53 - Número no Conselho 39294	54 - UF 41	55 - Código CBO 225124
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - / /	3 - / /	5 - / /	7 - / /
2 - / /	4 - / /	6 - / /	8 - / /
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$) 130.00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 8.01	62 - Total de OPME (R\$) 0.00
63 - Total de Medicamentos (R\$) 8.61	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 146.62	65 - Total Geral (R\$)	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			

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

2 - N° Guia no Prestador 4037

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome ISABELLA CAMARA RAUSCH	
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 4313824		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 01153465116		14 - Nome do Contratado PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO		15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO	
16 - Nome do Profissional Solicitante		17 - Número no Conselho 39294		18 - UF 41		19 - Código CBO 225124	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação 05/10/2021		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1 22 10101039		25 - Código do Procedimento 28 - Descrição Consulta em pronto socorro		26 - Data da Solicitação		27 - Ql. Solic. 1	
28 - Descrição		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		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização do 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 Responsável pela Autorização		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado		71 - Assinatura do Contratado	

Impresso por: HCAZARGTO

Data/Hora: 05/10/2021 11:44:56

Conta/Lote: 6691261

Atendimento: 6691261

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6691261

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

2 - Nº Guia no Prestador **6691261**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal 4037		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN N	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome ISABELLA CAMARA RAUSCH					
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 4313824		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	
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 05/10/2021		23 - Indicação Clínica							
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40101010		26 - Descrição ECG convencional de ate 12 derivacoes		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 (evento 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 - Clde.		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		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 do OPME (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Contratado		69 - Assinatura do Contratado		70 - Assinatura do Contratado	

Joyce A. F. Mello
CRM/PR: 39294 ROE: 29.037
Pediatra

[Assinatura]
Atendimento: 6691261

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Maringá - Zona 4
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Nome: Isabella Camara Rausch (3824)
Curso: 8º Ano - Ensino Fundamental
Turma: EF8MA
Sexo: F
Data Nascimento: 22/09/2008
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteiro
Complemento:
Bairro: Jd. Itália I
Cidade: Maringá
UF: PR
CEP: 87060-668
Cert. Nascimento: 48754
Cert. Nascimento Livro: A - 98
Cert. Nascimento Termo: 48754
Cert. Nascimento Cartório: Maria Regina P. Boeira
Cert. Nascimento Cidade: Maringá
Identidade: 13.341.210-7
O. Exp: SSP
UF: PR
Data: 17/03/2017
CPF: 114061829-66
INEP: 122695315669
E-Mail: fzamberlan@yahoo.com.br
Cor/ Raça: Branca
Religiao: Batista
Nº:
Pode sair sozinho? Não
Autorizo Imagem: Sim
Telefones: Residencial: 4432222545 | Celular: 44999791836 |
Tipo de Sangue/Fator RH: O +
Convênio:

Dados do Pai

CPF: 802178189-00
Nome: Francismar Zamberlan Rausch
Naturalidade: Maringá - PR
Data Emissão: 20/07/1988
CEP: 87060-668
UF: PR
Religiao: Batista
Telefones: Comercial: 4432233227 | Celular: 4499735010 |
Cx. Postal:
E-Mail: fzamberlan@yahoo.com.br
Complemento:
Bairro: Jd. Itália I
Cidade: Maringá
UF: PR
CEP: 87060-668
Grau de Instrução: Superior completo
Endereço: Rua Sebastião Domingos Sabaini, 416
Nascimento: 27/01/1973
Estado Civil: Casado
Identidade: 5.407.275-9
O. Exp: SSP
UF: PR
Data Emissão: 20/07/1988
Nacionalidade: Brasileira

Dados do Responsável Legal

CPF: 802178189-00
Nome: Francismar Zamberlan Rausch
Naturalidade: Maringá - PR
Data Emissão: 20/07/1988
CEP: 87060-668
UF: PR
Religiao: Batista
Telefones: Comercial: 4432233227 | Celular: 4499735010 |
Cx. Postal:
E-Mail: fzamberlan@yahoo.com.br
Complemento:
Bairro: Jd. Itália I
Cidade: Maringá
UF: PR
CEP: 87060-668
Grau de Instrução: Superior completo
Endereço: Rua Sebastião Domingos Sabaini, 416
Nascimento: 27/01/1973
Estado Civil: Casado
Identidade: 5.407.275-9
O. Exp: SSP
UF: PR
Data Emissão: 20/07/1988
Nacionalidade: Brasileira

Dados do Responsável Financeiro

CPF: 802178189-00
Nome: Francismar Zamberlan Rausch
Naturalidade: Maringá - PR
Data Emissão: 20/07/1988
CEP: 87060-668
UF: PR
Religiao: Batista
Telefones: Comercial: 4432233227 | Celular: 4499735010 |
Cx. Postal:
E-Mail: fzamberlan@yahoo.com.br
Complemento:
Bairro: Jd. Itália I
Cidade: Maringá
UF: PR
CEP: 87060-668
Grau de Instrução: Superior completo
Endereço: Rua Sebastião Domingos Sabaini, 416
Nascimento: 27/01/1973
Estado Civil: Casado
Identidade: 5.407.275-9
O. Exp: SSP
UF: PR
Data Emissão: 20/07/1988
Nacionalidade: Brasileira

Deferimento

Data: / /
[] Deferido [] Indeferido

Erica Cristina Lima de Miranda
Administradora Escolar - Ato nº Ata Norm.
1.116.609/16

Cássia de Sousa Barbosa
Secretário(a) - Ato nº Ata Norm.
1.116.609/16

Responsável



AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabella Camara Rausch

Nº da Carteira: 4.31.3824

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 22/09/2008

Nº da Guia: 4037



Data da Ocorrência

Horário

Local

Atividade

05/10/2021

11:08:00

Banheiro

Tomou remédio

O que aconteceu

Partes do corpo

Abdomen

Tomou medicação em excesso

Descrição

Tomou medicação em excesso

Testemunha da ocorrência

Telefone

Gleice

(44) 3224-3073

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Atendimento no próprio estabelecimento

Observações

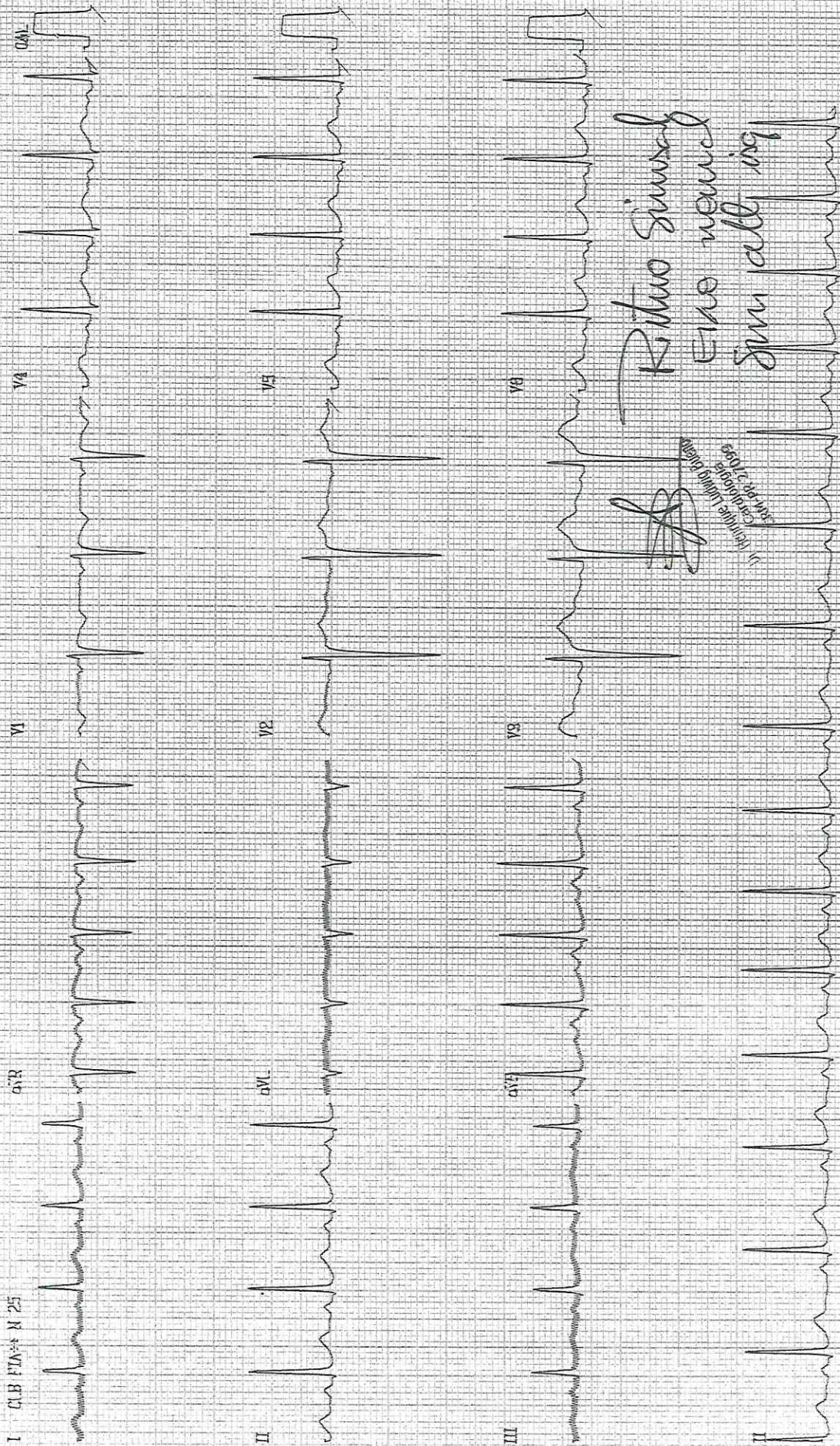
Tomou medicação em excesso

Ass.:

Itamar Fonseca De Souza

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE 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
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



PRESCRIÇÃO: 6171729 DATA: 05/10/2021 12:09

USUÁRIO: PJAFMELLO
ATENDIMENTO: 6691261 DT NASC: 22/09/2008 (13A OM 13D)
CONVÊNIO: CLINICA ADVENTISTA - CIAC
PACIENTE: 233873 - ISABELLA CAMARA RAUSCH
ALTURA: SUP. CORPOREA:
PESO: 05/10/2021 11:44 0 DIAS(S) INT

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PROTÓCOLO...

DIAGNÓSTICO:

CID...

INT. INT.:

PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...:

COBERTURA:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

6691261

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

1 ELETROCARDIOGRAMA

Justificativa: intoxicação exógena por ponsdril

OK

MEDICAMENTOS

2 CARVAO ATIVADO PO. (TOPICO)

Obs.: 1 sache

VISITA HOSPITALAR

3 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA

Joyce A. F. Mello
Pediatra
CRM/PR: 39.294 RQE: 29.037

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
CRM-PR: 39294

Joyce A. F. Mello

1ª VIA

Rubrica do Médico

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abboath n°		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/ag. 5ml
	Água Oxigenada - ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva - cm	1	Seringa Descartável s/ag. 10 ml
	Agulha descartável 25x7		Compr. De gase 7,5x7,5 (setor)-un.		Intracath longo adulto	1	Seringa Descartável s/ag. 20 ml
	Agulha descartável 40x12		Compr. De gase tipo queijo (45 cm)		Intracath infantil		Sonda de Aspiração n°
	Álcool Iodado - ml		Dreno pen rose n° 01		Lâmina de bisturi n° 11		Sonda Foley 2 vias n°
	Atadura algodão ortopédico 10 cm		Dreno pen rose n° 02		Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley 3 vias n°
	Atadura algodão ortopédico 20 cm		Dreno pen rose n° 03		Luva estéril n°		Sonda Nasogástrica longa n°
	Atadura crepom (PS/CC) 10 cm		Eletrodo desc. De papel - unidade	300	Luva de procedimento	un.	Tala de Alumínio P
	Atadura crepom (PS/CC) 20 cm		Equipo macrogotas		Malha Tubular n°	- cm	Tala de Alumínio M
	Atadura gessada 10 cm		Equipo microgotas		Micropore 25 mm - cm		Tala de Alumínio G
	Atadura gessada 20 cm		Escalpe n°		Poliifix Padrão		KIT DREN adulto
	Benzina - ml		Esparrapado - cm		PVPI degermante		KIT DREN Infantil
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PVPI tópico	1	Xylocaina 2% s/vaso
	Cadafço - 100 cm		Fio polycot 2-0 (P-13-T)		Salto de madeira adulto	10	eletródo
	Cânula end. S/balão n°		Fio Polycot 3-0 (P-14-T)		Salto de madeira infantil		Sonda longo 12
	Cânula end. C/balão n°		Fio Mononylon 4-0 (1129 T)		Seringa descartável s/ag. 3ml	10	nylo 36

PROCEDIMENTOS

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
Curativo cardiograma - CG	Punção abdominal	Verificação de sinais vitais

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	P	T	R
12:20	12:20	12:20	12:20	12:20

Dados do Atendimento

Atendimento: 6691261 Data/Hora: 05/10/2021 11:44
Paciente: 233873 - ISABELLA CAMARA RAUSCH
Prestador: 4214 - PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM
Especialidade: 36 - PEDIATRIA Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

Admissão

Primeiro atendimento? ☐ Sim ☒ Não ☐ Retorno com a mesma queixa? ☐ Sim ☒ Não ☐
Queixa principal: CRIANÇA ENCAMINHADA PELO SAMU, APOS INGESTA DE 7 COMPRIMIDOS DE PONSDRIL AS 09:00H; INTOXICAÇÃO EXOGENA ?
Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: N

Alergias: DESCONHECE

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 138 bpm Temperatura: 36,5 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócio ☐ Sim ☒ Não ☐
Menarca: ☐ Sim ☒ Não ☐
Últ. Menstruação: ☐ Sim ☒ Não ☐
Nº de Partos: ☐ Sim ☒ Não ☐
1º Congresso Sexual: ☐ Sim ☒ Não ☐
Higiene Bucal: Boa ☐ Sim ☒ Não ☐
Cidade: ☐ Sim ☒ Não ☐
Outros: ☐ Sim ☒ Não ☐
UF: ☐ Sim ☒ Não ☐
Hospital: ☐ Sim ☒ Não ☐
Prótese Dentária? ☐ Sim ☒ Não ☐
Bebe Alcool? ☐ Sim ☒ Não ☐
Fumante? ☐ Sim ☒ Não ☐
Dor? ☐ Sim ☒ Não ☐
Câncer na Família? ☐ Sim ☒ Não ☐
Consultou o médico? ☐ Sim ☒ Não ☐

Tratamento? ☐ Sim ☒ Não ☐ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: SPO2: 99 %
PESO: 50 KG
MEDICADO:
USO CONTINUO:
PEDIATRA: ELIANA LETTI

→ Novogem

1 dose Casaco
ECG, RA e FE

Pede fin - Consulta, Confirmação
montar, voluntários!

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

VALID / EMITIDO
06/05/86 586590

02150724183

29/03/2022

13/01/1999

VALIDADE

PERMISSAO

ACT

CT. HAB

B

PARANE CAMARA KAUSCH

13841244-1

PR

SESP

DATA NASCIMENTO

08/09/1978

289 305 788-10

TIPO

RUBENS APARECIDO

CAMARA

MARIA GEILIA PARANI

CAMARA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE EMERGÊNCIA - SAMU 192
REGISTRO DE ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO - UBS

CONSORCIO
DE GESTÃO
PROAMUSEP

IDENTIFICAÇÃO

Município: _____ Data: _____ Hora: _____ Base: _____ Nº At.: _____

Endereço: _____

SAÍDA _____ CHEGADA _____ SAÍDA LOCAL _____ CHEGADA HOSPITAL _____ SAÍDA HOSPITAL _____ PRÓXIMO DESTINO/BASE _____

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: () F () M

Fone: _____

Local da ocorrência: _____

Clinico: _____

Motivo do Transporte: _____

Serviço de Destino: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____