

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

2 - Nº Guia no Prestador 6674476000000

Folha: 1 / 1

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

4 - Data de Autorização 24/09/2021	5 - Senha 3915	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3915
---------------------------------------	-------------------	-------------------------------	---

8 - Número da Carteira 1119136	9 - Validade da Carteira 30/12/2022	10 - Nome KELVIN ADELINO DE SOUZA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RM N
-----------------------------------	--	--------------------------------------	---	----------------------------

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A				
13 - Código da Operadora 23876304000112	15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JF	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28801	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação, Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica	
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 24/09/2021		

24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql.Solic.	28 - Ql.Autoriz.

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

Dados do Atendimento		34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 9		

36-Data	37-Hr. Inicial	38-Hr. Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qlde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 24/09/2021	12:03	12:03	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001				100,00	100,00
2 24/09/2021	12:05	12:05	22	40803112	RX - PUNHO	001				35,64	35,64
3 24/09/2021	12:15	12:15	22	30721180	PRATURAS E/OU LUXACOES DO PUNHO - REDUCAO INCRUMENT	001	1	1		160,00	160,00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		52 - Conselho Prof		53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional			
1 12	12	23876304000112	PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR	06	28801	41
3		23876304000112	PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR	06	28801	225270

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 295,64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 32,00	61 - Total de Materiais (R\$) 69,40	62 - Total de CPWE (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Médicos (R\$) 0,00	65 - Total de Outros 397,04
---	---	--	----------------------------------	--	---	--------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A CPF: 23.876.304/0001-12 FATURAMENTO

Despesas Realizadas

21 - Total de Gastos Medicinais (R\$)	0.00
22 - Total de Medicamentos (R\$)	0.00
23 - Total de Materiais (R\$)	69.40
24 - Total de OPMs (R\$)	0.00
25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	32.00
26 - Total de Diárias (R\$)	0.00
27 - Total Geral (R\$)	101.40

ConvenioCLINICA ADVENTISTA - CLAC

3541030

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validada da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
1119136

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
KEL VIN ADELINO DE SOUZA

11 - Número do Cartão Nacional da Saúde

12 - Atendimento a RV
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO JOYCE APARECIDA FIDEMELLO

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 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
24/09/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
00010061

26 - Descrição
CONSULTA PEDIATRIA DIURNA - SRS / SAMA

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 do 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 - Qlde.
43 - Via
44 - Têc.

45 - % Rod / 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 operador/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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPM (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

Impresso por: NSRODRIGUES

Data/Hora: 24/09/2021 11:16:03

Contat.Cole: 6674476

Atendimento: 6674476

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6674476

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

2 - Nº Guia no Prestador **3915**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
3915

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
1119136

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
KELVIN ADELINO DE SOUZA

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 DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO,

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
28801

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cantar do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
24/09/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
1	22	40803112 RX - Punho	1	0
2	22	30721180 Fraturas e/ou luxações do punho - reducao Incuruenta	1	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 - Qtd.

43 - Via

44 - Tcc

45 - % Red / Acres.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação dos Profissionais Executantes

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

54 - 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 CPMB (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LKMOREIRA

Data/Hora: 24/09/2021 12:42:47

Contat.cde: 0674476

Atendimento: 6674476

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6674476



Atendimento: 6674476 Pedido: 2367733 Ac. Number: 2956295
Registro / Nome: KELVIN ADELINO DE SOUZA
Data de Nascimento: 11/11/2008 Idade: 12 anos, 10 meses e 12 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 24/09/2021 12:05:00 Laudado: 05/10/2021
09:04:44
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: DIOGENES EMANOEL DE C. JR R

RX - PUNHO ESQUERDO

- Fratura do rádio distal esquerdo.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 6152250 DATA: 24/09/2021 12:15
USUÁRIO....: PDECJUNIOR
ATENDIMENTO: 6674476 DT NASC: 11/11/2008 (12A 10M 14D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 534517 - KELVIN ADELINO DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/09/2021 11:12 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
COBERTURA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX COM FRATURA TIPO TORUS EM RADIO DISTAL A ESQUERA

PLANO TERPAEUTICO:
IMOBILIZAÇÃO TALA GESSADA ANTEBRAQUIOPALMAR PARA MELHORA DA ALGIA
ORIENTAÇÕES
RECEITA
RETORNO

6674476

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 FRATURA DE PUNHO - RED INCRUENTA	1					[24/09] . 12:15
Obs.: ESQ						

PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
CRM-PR: 28801

Dr. Diógenes E. de Carvalho Junior
CRM-PR 28801
TEO 14.124
Amé. Santa Rita

PRESCRIÇÃO.: 6152237 DATA: 24/09/2021 12:03
USUÁRIO....: PDECJUNIOR
ATENDIMENTO: 6674476 DT NASC: 11/11/2008 (12A 10M 14D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 534517 - KELVIN ADELINO DE SOUZA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/09/2021 11:12 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
COBERTURA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERE CONTUSAO DE PUNHO ESQUERDO COM BOLA HA DOIS DIAS
REFERE DOR LOCAL

EF:
BEG
NEUROVASCULAR OK
DOR EM FACE VOLAR DE PUNHO ESQUERDO, AUSENCIA D EDEFORMIDADE
AUSENCIA DE DOR EM TABAQUEIRA ANATOMICA, AUSENCIA DE DOR A PISTONAGEM D EPOLEGAR
AUSENCIA D EDOR EM MAO ESQUERDA

PLANO TERAPEUTICO:
RADIOGRAFIA
REAVLIAÇÃO COM EXAMES DE IMAGEM

6674476

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS	1					
Justificativa.: ESQ						

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
CRM-PR: 28801

Dr. Diógenes de Carvalho Junior
CRM-PR: 28801
TEOD: 11/09/21
Rm. Santa Rita

Dados do Atendimento

Atendimento: 6674476 Data/Hora: 24/09/2021 11:12 Prioridade: Baixa
Paciente: 534517 - KELVIN ADELINO DE SOUZA Sexo: M Nasc.: 11/11/2008 (12a 10m 13d)
Prestador: 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: ACOMPANHANTE REFERE QUE CRIANÇA TEVE TRAUMA EM MSE HA 1 DIA ; ALGIA E DIFICULDADE DE MOBILIDADE;

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: N

Alergias: DESCONHECE

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 79 bpm Temperatura: 36,5 °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: SPO2: 98 %
PESO: 86 KG
MEDICADO: NÃO
USO CONTINUO: NÃO
PEDIATRA: NÃO TEM ESPEC

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Kelvin Adelino de Souza Almeida
Nº da Carteira: 11.1.9136
Instituição: IAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 11/11/2008

Nº da Guia: 3915

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/09/2021	20:20:00	Campo	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

O aluno interno estava jogando bola, como goleiro, o adversário jogou a bola para o gol mas como estava distraído pegou em sua mão esquerda com muita força, depois disso o aluno relata muita dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Daniel	(18) 99636-1672

Quem prestou primeiros socorros	Data
Kauã	24/09/2021

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

O aluno foi atendido pela enfermeira e mandado para o 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

12/2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

KELVIN ADELINO DE SOUZA ALMEIDA

CPF SEM INFORMAÇÃO				MATRÍCULA 065136 01 55 2010 1 00086 180 0086558 71			
DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) ONZE DE NOVEMBRO DE DOIS MIL E OITO.				DIA 11	MES 11	ANO 2008	
HORA DE NASCIMENTO 00:25				NATALIDADE CUIABÁ-MT			
MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO VARZEA GRANDE - MT				LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF HOSPITAL, CUIABÁ-MT		SEXO MASCULINO	
FILIAÇÃO ADELINO DE ALMEIDA, NACIONALIDADE BRASILEIRO, PROFISSÃO: SERVIÇOS GERAIS, NATURALIDADE: ROSÁRIO CRETE-MT E LEONINA DE SOUZA SILVA, NACIONALIDADE: BRASILEIRA, PROFISSÃO: DO LAR, NATURALIDADE: CAMPO GRANDE-MT, RESIDENTES EM: VARZEA GRANDE - MT							
AVÓS HENRIQUE ALVES DE ALMEIDA E BENEDITA DE ASSUNÇÃO PAULO RIBEIRO DA SILVA E LEONTINA DE SOUZA							
GÊMEOS NÃO NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS							
DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) QUATORZE DE MAIO DE DOIS MIL E DEZ.				NÚMERO DA DMV/DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO 00-46142024-5			
ANOTAÇÕES / ANOTAÇÕES A ACRESCEM SEM INFORMAÇÃO							
ANOTAÇÕES DE CADASTRO SEM INFORMAÇÕES.							

Certifico que, em data de 15 de Julho de 2019, foi materializada esta certidão enviada pela Central de Informações do Registro Civil, sendo a autenticidade de sua assinatura digital padrão ICP-Brasil por mim conferida.
Certidão lavrada por José Carlos Ferreira De Arruda - Oficial do Registro Civil das Pessoas Naturais de Varzea Grande - 2º Serviço, o(a) qual assinou eletronicamente aos 13 de Julho de 2019, nos termos do Provimento nº 48/2015 do Conselho Nacional de Justiça.

Oficial do Registro Civil das Pessoas Naturais
Varzea Grande - 2º Serviço - MT
José Carlos Ferreira De Arruda - Oficial
AV Pres. Athur Bernardes, 43, VQ Shopping - CEP:
78135628
E-mail: cartoriovgofcio2@gmail.com
Tel: (65) 3026-7702/3026-5770

O Conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dou Fé,

Colidar - 2º Serviço
Cristina Rodrigues dos Santos Begatti - Escrevente
Juramentada
Valor recebido pela certidão eletrônica: R\$ 18,30
Valor recebido pela materialização: R\$ 10,20

Poder Judiciário Estado Mato Grosso
Código do Cartório: -
Selo de Controle de Autenticidade
Cod. Ato(s): 175
BHQ-14554
Consulta <http://www.tjmt.jus.br>

Poder Judiciário Estado Mato Grosso
Código do Cartório: -
Selo de Controle de Autenticidade
Cod. Ato(s): 171
BGL21359
Consulta <http://www.tjmt.jus.br>



1860622812

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO DA SILVA SANTOS QUEIROZ

CPF: 140.747.912

RG: 337.176.248-03

DATA DE NASCIMENTO: 02/07/1985

TIPO: ANTONIO DA SILVA SANTOS

LOCAL DE NASCIMENTO: SANTA HELENA DA SILVA SANTOS

VALIDADE: 19/08/2024

VALIDADE: 23/11/2009

04821530755

19/08/2024

23/11/2009