

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPSADT

2 - Nº Guia no Prestador 6766417000000

Folha: 1 / 1

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

4 - Data de Autorização 16/12/2021	5 - Senha 4584	6 - Data de Validade da Senha
---------------------------------------	-------------------	-------------------------------

8 - Número da Carteira 11118419	9 - Validade da Carteira 31/12/2021	10 - Nome MAYCON ALVES ALFONZO	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 PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 31517	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 16/12/2021	23 - Indicação Clínica
-----------------------------------	--	------------------------

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

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

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

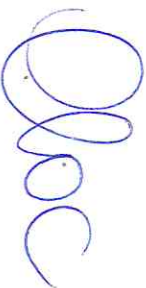
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 1 19/11/2021 18:18 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 2 19/11/2021 18:21 22 40803120 RX - MÃO OU QUIRÓDACTILO	42 - Qlde. 43 - Via 44 - Téc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 100.00 001 1.0 35.64
--	--

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 1 12 23876304000112 PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES	52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 06 31517 41 225270
---	--

56 - Data de Realização de Procedimentos em Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1. ____/____/____ 3. ____/____/____ 5. ____/____/____ 7. ____/____/____ 9. ____/____/____ 2. ____/____/____ 4. ____/____/____ 6. ____/____/____ 8. ____/____/____ 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 Médicos (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 135.64
---	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	---	----------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador 4584

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 3 - Nr. Guia Principal
000000 4584

4 - Data de Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 7 - Numero da Guia Atribuido pelo Operadora

Dados do Beneficiario
8 - Numero da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome 11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN
11118419 MAYCON ALVES ALFONZO N

Dados do Solicitante
13 - Código da Operadora 14 - Nome do Contratado
23876304000112 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante 16 - Conselho Profissional 17 - Numero no Conselho 18 - UF 19 - Código CBO
PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES 06 31517 41 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica
2 23/11/2021

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou 26 - Descrição 27 - QI Solic 28 - QI Autoriz
1 22 40803120 RX - Mao ou quirodactilio 1 0

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

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

Dados de 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 - Tec 45 - % Red / Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Cide 43 - Via 44 - Tec 45 - % Red / Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação de(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Setor Rel 49 - Gr. Pat 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Numero no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -
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 OPRME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gastos Medicinas (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado
Impresso por KBBISLVA Data/Hora: 23/11/2021 07:42:37 Contratação: 07/06/17 Atendimento: 04/04/17
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

67666417

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

2 - Nº Guia no Prestador **4584**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Sanha

7 - Numero da Guia Atribuido 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

11118419

MAYCON ALVES ALFONZO

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

PLANTAO ISABELA DE AGUIAR MAGRI DIAS

06

44436

41

225125

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

19/11/2021

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Indicação Clínica

28 - Descrição

29 - Qt. Solic.

30 - Qt. Autoriz.

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

Dados do Contratado Esclarecido

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (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 - Tdc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

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

48 - Seq. Ref.

49 - G. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

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\$)

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: SINCAMILO

Data/Hora: 19/11/2021 17:46:26

Contato: 0766417

Atendimento: 0766417

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

67666417

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maycon Alves Afonso
Nº da Carteira: 11.1.8707
Instituição: IAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 23/09/2003

Nº da Guia: 4584

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/11/2021	21:00:00	Quadra	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluno interno relata que estava jogando vôlei na quadra, quando durante o jogo, ele foi tentar rebater a bola e o colega a mesma coisa, os dois bateram um no outro, e o dedo polegar da mão direita foi para trás. Aluno relata ter sentido dor e inchaço no mesmo momento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Eduardo	(44) 99132-8098

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto	16/11/2021

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

Observações

Aluno interno foi atendido pela enfermagem e feito tratamento natural anti-inflamatório. Não havendo melhora o aluno foi encaminhado para o hospital.

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

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 - Bigorilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Atendimento: 6766417 Pedido: 2400155 Ac. Number: 2996929
Registro / Nome: MAYCON ALVES ALFONZO
Data de Nascimento: 23/09/2003 Idade: 18 anos, 1 mês e 25 dias Sexo: M
Pedido do Exame: 00:00:00
19/11/2021 18:21:00 Laudado: 23/11/2021
13:13:09
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: LUAN CELSO GONCALVES R

RX - MÃO DIREITA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

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

Dados do Atendimento

Atendimento: 6766417 Data/Hora: 19/11/2021 17:45 Prioridade: Baixa
Paciente: 456539 - MAYCON ALVES ALFONZO Sexo: M Nasc.: 23/09/2003 (18a 1m 28d)
Estadador: 5627 - PLANTAO ISABELA DE AGUIAR MAGRI DIAS Especialidade: 98 - CLINICO GERAL
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão
Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: PCT REFERE TRAUMA EM DEDO DA MÃO DIREITA HA 5 DIAS // QUEIXA SE DE DOR AO MOVIMENTO
Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT: 98% FR 18
Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 130 x 80 mmHG Pulso: 70 bpm Temperatura: 36 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distóico
Menarca:
Últ. Menstruação:
Nº de Partos:
1º Congresso Sexual:
Higiene Bucal: Boa
Cidade:

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Fumante? Sim ☐ Não ☒
Dor? Sim ☐ Não ☒
Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
UF: Hospital: VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

