

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

2. Nº Guia no Prestador 6980962000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Autorizada pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

1141369

9 - Validade da Carteira

01/01/2023

10 - Nome

ANA IZABEL DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RH
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operação

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO LEONARDO BENI GOMES

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

43499

18 - UF

41

19 - Código CBO

226125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

23/03/2022

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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

1 23/03/2022 15:38 15:38 22 10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlida. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

001

1.0

100.00

100.00

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

48 - Sq. Ref.

1

49 - Gr. Part

12

50 - Cód na operadora/ CPE 51 - Nome do Profissional

23876304000112 LUAN CELSO GOMCALVES

52 - Conselho Prof

06

53 - Número no Conselho

31517

54 - UF

41

55 - Código CBO

225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - / /

3 - / /

5 - / /

7 - / /

9 - / /

10 - / /

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

100.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Honorários (R\$)

0.00

62 - Total de Opere (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Médicos (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

100.00

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Especialista ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

PROFISSIONAL: 0123456789

CONTRATADO: 23876304000112

CONTA: 010.3706510

ATENDIMENTO: 03.22.672

CONDOMÍNIO: ADXEN/18374 - CLAC

FATURAMENTO
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
CNPJ: 23.876.104/0001-12

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

2 - Nº Guia no Prestador **6980962**

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
1141369

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ANA IZABEL DA SILVA

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 LEONARDO BENI GOMES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
43499

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação
23/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.
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 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 - Tdc.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

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

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 CPME (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

Impresso por: PETSOLIZA

Data/Hora: 23/03/2022 15:59:31

Contato: 6980962

Atendimento: 6980962

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6980962

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Ana Izabel da Silva
Nº da Carteira: 11.4.1369
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 04/06/2002

Nº da Guia: 5369.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
22/03/2022	18:07:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

A aluna interna estava jogando handball quando foi arremessar e foi atingida pela cotovelo da colega que machucou a região dorsal D. A aluna relata muita algia.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Giovana Nunes de Oliveira	(96) 98113-7424

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joserlania Pazzete	22/03/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3220-6000

Motivo do Retorno

Aluna, passou em avaliação com o ortopedista, (ontem 23/03/2022), que encaminhou a mesma para a avaliação com o cirurgião, aluna entregou a solicitação de avaliação na recepção, e ficou aguardando, porém o atendimento não aconteceu porque estava demorando e a mesma ia perder o ônibus.

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 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070

Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



TERMO DE CIÊNCIA PRÉVIA PARA ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO		ANA IZABEL DA SILVA	
PACIENTE:		Dt. Nasc: 04/06/2002	Sx: F
DATA DE NASCIMENTO:		Pront: 499686	Dt: 23/03/2022
NOME DA MÃE:		CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLINIC	
		6980962	
RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL/ACOMPANHANTE		DATA DE NASCIMENTO: / /	
NOME:		GRAU DE PARENTESCO:	
RG:		ÓRG. EXP.:	

Declaro que fui devidamente esclarecido(a) que o prazo médio para atendimento no Pronto Atendimento do Hospital Bom Samaritano de Maringá é de no mínimo _____ na data de ____/____/____. Fui orientado(a) que o tempo de espera poderá ser alterado a maior ou menor, em decorrência de eventual aumento na procura por atendimentos e conforme a classificação de risco dos pacientes, sendo minha opção permanecer aguardando na instituição durante o prazo.

Declaro ter ciência que não é permitido fotografar as dependências do Hospital Bom Samaritano, seus funcionários e pacientes, sob pena de violação à Lei Geral de Proteção de Dados e demais responsabilizações cabíveis decorrentes da exposição não consentida.

Data:	23/03/22
Horário:	15:10

Paciente

Responsável / Acompanhante

Testemunha

Recepcionista

Dados do Atendimento

Atendimento: 6980962 Data/Hora: 23/03/2022 15:38 Prioridade: Baixa
Paciente: 499686 - ANA IZABEL DA SILVA Sexo: F Nasc.: 04/06/2002 (19a 9m 19d)
Prestador: 5017 - PLANTAO LEONARDO BENI GOMES Especialidade: 98 - CLINICO GERAL
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Síntese

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: DOR EM ASCOS COSTAIS, DEVIDO TRAUMA CONTUSO HÁ 3 DIAS. TRAZ CONSIGO ENCAMINHAMENTO DA ORTOPEDIA PARA PASSAR POR AVALIAÇÃO E CONDUTA DA CIRURGIA GERAL.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SPO2: 100%

Alergias: PARACETAMOL

Sinais Vitais

P.A.: 108 x 78 mmHg Pulso: 66 bpm Temperatura: 36,2 °C

Oncologia

Questionário

Resumo: Distóico	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Alcool? Sim ☐ Não ☒
Últ. Menstruação:	Fumante? Sim ☐ Não ☒
Nº de Partos:	Der? 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?

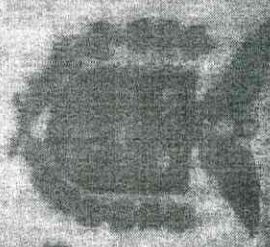
Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO PARANÁ

Estado do Paraná, no município de Curitiba, na circunscrição eleitoral de Curitiba, nascida em Curitiba, no dia 04 de outubro de 1922, filha de Maria Libeira da Silva e João da Silva, inscrita no R. 1.234.567, com o nome de ANA IZABEL DA SILVA.

NOME ANA IZABEL DA SILVA

FILIAÇÃO

MARIA LIBEIRA DA SILVA

DATA NASCIMENTO 04/10/22 NATURALIDADE

04/10/22

S. J. PATROCÍNIO

OPÇÃO EXERCÍCIO

IPR



Ana Izabel da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 24 DE AGOSTO DE 1987

DO Nº 123-00

DECRETO Nº 14.800.047-6

DE 14 DE ABRIL

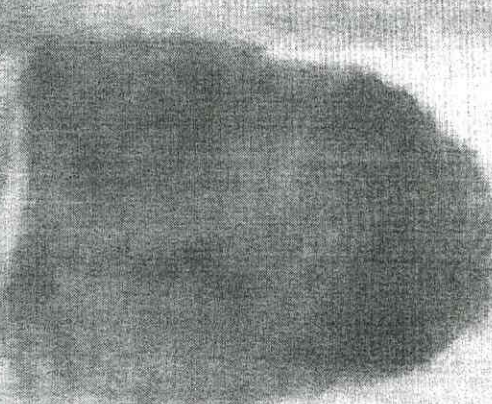
14.800.047-6

DATA DE EMISSÃO 1987/04/14

CONACCA-ALTOUAFR, S. J. PATROCÍNIO

MASCO-DMAS, LIVRO-9A, FOLHA-73

1987/04/14



Dr(a): LUAN CELSO GONCALVES

Para: ANA IZABEL DA SILVA

AO PRONTO ATENDIMENTO HOSPITAL BOM SAMARITANO

FAVOR ABRIR FICHA DE CONSULTA PARA PACIENTE ACIMA PARA CIRURGIA GERAL, DEVIDO TRAUMA CONTUSO EM REGIÃO
TÓRACICA HA 2 DIAS COM DOR LOCAL IMPORTANTE.

MARINGA , 23/03/2022

Dr(a). LUAN CELSO GONCALVES
CRM: 31517