

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

2 - Nº Guia no Prestador 6989401000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autenticação

5 - Série

9 - Data de Validação da Sentença

7 - Número da Guia Postulada pela Operadora

8 - Número da Carteira
1119080

9 - Validade da Carteira
31/12/2024

10 - Nome
MAHIRA MAKDESI YACQUE

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
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 LEONARDO BENI GOMES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
43499

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
28/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Cl. Solic. 28 - Cl. 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 (paciente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 28/03/2022 16:30 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 28/03/2022 16:39 22 41001010 TC - CRANIO OU SELA TURCICA OU CERVICAL

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 100.00
001 1.0 346.20

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

48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 PLANTAO JOAO BENYRQUE BERNES

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
06 38166 41 225225

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$)
446,20

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0,00

61 - Total de Medicinas (R\$)
0,00

62 - Total de Outros (R\$)
0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total das Outras Taxas (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
446,20

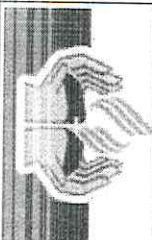
66 - Assinatura da Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

CNPJ: 23.826.304/0001-12



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

2 - Nº Guia no Prestador 5460

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
5460

4 - Data de Autorização

5 - Saúde

10 - Data Validade da Saúde

7 - Número da Guia Autorizado pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MAHIRA MAKDESI YACOB

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código do Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAOLEONARDO BEN-GOMES

6

16 - Conselho Profissional

43499

18 - U.F.

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

29/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

41001010

26 - Descrição

TC - Crânio ou sala turca ou orbitas

27 - Ql. Solic.

1

28 - Ql. Autoriz.

0

Fluxo de Procedimento / Exame

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

31 - Código CBO

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

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 - Tec.

45 - % Red / Acres.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Pat.

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 Anúncios (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: AMMORAIS

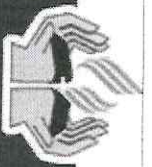
Data/Hora: 29/03/2022 15:44:49

Contab.Cod: 0089401

Atendimento: 0089401

Convênio: INST. ADVENTISTA-AP

6989401



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

2 - Nº Guia no Prestador 5460

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

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
1119080

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MAHIRA MAKDESI YACOB

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
6

17 - Número no Conselho
43499

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Leonardo Beni Gomes

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
28/03/2022

23 - Indicação Clínica
2045 2045

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
22

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

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

Dados do Contratado Especiente

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Acidente (paciente 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 - Tec.
45 - % Real / 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
Paulo Roberto

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 Contratado

Impresso por: PETSOLZA

Data/Hora: 28/03/2022 15:37:37

Conta/Lote: 0089401

Atendimento: 0089401

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

6989401

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mahira Makdesi Yacoub
Nº da Carteirinha: 11.1.9080
Instituição: IAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 10/06/2006

Nº da Guia: 5460

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/03/2022	12:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

A aluna estava andando de patins quando sofreu queda da própria altura batendo a cabeça e região dorsal. No momento da queda a aluna refere que teve náuseas, enjoo, vertigem, dispnéia. No momento refere cefaléia em pontada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Samuel	(43) 99148-1718

Quem prestou primeiros socorros	Data
Samuel	28/03/2022

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

Observações

A aluna foi avaliada pela enfermeira da clínica onde será necessária encaminhar para uma avaliação médica.

Ass.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes - 173102

Joselania Ramos Pazette Fagundes

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
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Atendimento: 6989401 Pedido: 2477794 Ac. Number: 3094067
Registro / Nome: MAHIRA MAKDESI YACOUN
Data de Nascimento: 10/06/2006 Idade: 15 anos, 9 meses e 17 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 28/03/2022 16:39:00 Laudado: 29/03/2022
15:45:55
Convênio: INST. ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: JOAO HENRIQUE BAHLIS R

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

Estudo realizado com tomógrafo multislice de 128 detectores que geraram imagens, sem a administração de contraste endovenoso.

O conjunto de imagens demonstra:

- Parênquima cerebral com coeficiente de atenuação normal.
- Ventriculos e cisternas sem alterações.
- Pineal e plexos coróides calcificados em posições normais.
- Não há desvios da linha média.

Opinião:

- Tomografia cranioencefálica, sem contraste, dentro dos padrões normais.

OSCAR ADOLFO PONZAR

CRM-PR: 8871

PRESCRIÇÃO.: 6525038 DATA: 28/03/2022 16:30
USUÁRIO....: PJHBAHLS
ATENDIMENTO: 6989401 DT NASC: 10/06/2006 (15A 9M 18D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 555372 - MAHIRA MAKDESI YACOB
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/03/2022 15:37 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO LEONARDO BENI GOMES SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

-- PS // CIRÚRGICO --

PACIENTE PROCURA ATENDIMENTO POR MEIOS PRÓPRIOS. REFERE QUE ESTAVA ANDANDO DE PATINS.
APRESENTANDO QUEDA DE MESMO NÍVEL COM TCE, EVOLUINDO COM NAÚSEAS E TONTURA APÓS QUEDA, NEGA
OUTRAS QUEIXAS CLÍNICAS.
NO MOMENTO, REFERE NAÚSEAS E CEFALÉIA INTENSA

EXAME FÍSICO
BEG, LOTE, AAA, EUPNEICA
DV ESTÁVEIS
AC: BRNF 2T S/S
AP: MV+ BILATERAL S/RA
NEURO: GLASGOW 15 // PIFR // SEM DÉFICIT MOTOR E SENSITIVO DE MMSS E MMII

PLANO TERAPEUTICO
ORIENTO PACIENTE
EXAMES
ANALGESIA

6989401

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data	Horários
1 TC COMP DE CRANIO Justificativa.: tce	1						

TOMOGRÁFIA
EXAME REALIZADO

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data	Horários
2 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ -> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[28/03]	16:37
3 C.C. PLAMET 10MG/2ML, AMP 2ML, (EV, IM) -> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[28/03]	16:37

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data	Horários
4 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1						

PLANTAO JOAO HENRIQUE BAHLS
CRM-PR: 38166

PRESCRIÇÃO.: 6525186 DATA: 28/03/2022 17:43
USUÁRIO....: PJHBAHLS
ATENDIMENTO: 6989401 DT NASC: 10/06/2006 (15A 9M 18D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 555372 - MAHIRA MAKDESI YACOUB
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/03/2022 15:37 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO LEONARDO BENI GOMES SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

REAVALIAÇÃO

PACIENTE ESTÁVEL CLINICAMENTE
TC DE CRÂNIO SEM SINAIS DE FRATURA/ SANGRAMENTO

ALTA
ORIENTO
ATESTADO

PLANTAO JOAO HENRIQUE BAHLS
CRM-PR: 58166

[Handwritten signature]

Dados do Atendimento

Atendimento: 6989401 Data/Hora: 28/03/2022 15:37 Prioridade: Média
Paciente: 555372 - MAHIRA MAKDESI YACOB Sexo: F Nasc.: 10/06/2006 (15a 9m 18d)
Prestador: 5017 - PLANTAO LEONARDO BENI GOMES 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: REFERE QUEDA DO MESMO NIVEL COM TCE, NAUSEA E TONTURA HOJE

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 89 FR 19

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 102 x 61 mmHG Pulso: 85 bpm Temperatura: 36 °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:	UP: Hospital: AMARELO

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **14.834.016-1** DATA DE EXPEDIÇÃO: 23/03/2013

NOME: **MAHIRA MAKDESI YACUB**

FILIAÇÃO: MARWAN FOJAD HANNA MAKDESI YACUB
LARISSA HELOISA VIEIRA MAKDESI YACUB

NATURALIDADE: C/ANORTE/PR DATA DE NASCIMENTO: 10/05/2006

DOC ORIGEM: COMARCA=C/ANORTE/PR, 1 OFÍCIO
C/MSC=72381, LIVRO=18A, FOLHA=183

OPF: 080.847.210-52

CURTIÇA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR
LE Nº 7.116 DE 29/08/03

É PROIBIDO PLASTIFICAR

400-22-00036

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: **ADRIEL Y FERREIRA ROSA POJANI**

FILIAÇÃO: **DEVANIR POJANI**

CELEZA FERREIRA ROSA POJANI

DATA NASCIMENTO: 03/01/2001 NATURALIDADE: PARANÁ/PR

OFÍCIO EXPEDIDOR: IPRN

Carney A. P. P.
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

TERMO DE CIÊNCIA PRÉVIA PARA ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO
PACIENTE:
DATA DE NASCIMENTO:
NOME DA MÃE:

MAHIRA MAKDESI YACOB
Dt. Naso: 10/06/2006 Sx: F
Pront: 555372 Dt: 28/03/2022
INST. ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVEN



PRONTUÁRIO:
ÓRG. EXP.:

RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE	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 3 horas na data de 28 / 03 / 2022. 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 ciente do 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:	<u>28/03/22</u>
Horário:	<u>15:38h</u>

Paciente

Responsável / Acompanhante

Testemunha

Recepcionista