

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

2 - Nº Guia no Prestador 69691800000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Saúde

6 - Data de Validade da Saúde

7 - Número da Guia Ambulatório pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MELENA RIOS DE PAULA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

1148229

31/12/2022

13 - Código do Operador

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

23876304000112

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número do Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação

2

17/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql.Solic.

28 - Ql.Autoriz.

ou Item Assistencial

Endos do Contrato Excecute

29 - Código na Operadora

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 (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

04

9

1

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

1 17/03/2022 12:20 12:20 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 17/03/2022 12:21 12:21 22 40804089 RX - ARTICULACAO VIBRIOTASICA (TORNOMELO)
3 17/03/2022 12:21 12:21 22 40804091 RX - PE OU PODOCACTILO

42 - Qltd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acc 46 - Valor Unitario 47 - Valor Total
001 1.0 100.00 100.00
001 1.0 35.64 35.64
001 1.0 35.64 35.64

Identificação do(a) Profissional(a) Excecute

48 - Sq. Ref. 49 - Or. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

1

12

23876304000112

ANDRE ALBERTO CAETANI

06

38632

41

225270

56 - Data de Realização do Procedimento em Este 57 - Assinatura do Beneficiário ou Representante

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

58 - Descrição / Justificativa

59 - Valor da Procedimentos (R\$)

171.28

60 - Total do Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Taxas (R\$)

0.00

62 - Total de Taxas (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total do Garante (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

171.28

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura da Gerência ou Representante

68 - Assinatura do Profissional

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Profissional

71 - Assinatura do Profissional

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

CNPJ: 23.876.304/0001-12

IMPRESSO POR: CDS/000000

Revista de Saúde 2022-14-03-33

Conselho de Saúde 01/12/2022

Assinatura de Saúde 01/12/2022

Assinatura de Saúde 01/12/2022

Assinatura de Saúde 01/12/2022

Assinatura de Saúde 01/12/2022

Assinatura de Saúde 01/12/2022

Assinatura de Saúde 01/12/2022

Assinatura de Saúde 01/12/2022

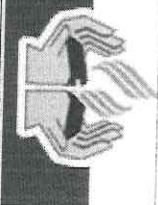
Assinatura de Saúde 01/12/2022

Assinatura de Saúde 01/12/2022

Assinatura de Saúde 01/12/2022

Assinatura de Saúde 01/12/2022

FATURA MENTO



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

2 - Nº Guia no Prestador 5271

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sanha

6 - Data Validada da Sanha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MILENA RIOS DE PAULA

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 LEONARDO BENI GOMES

16 - Conselho Profissional

43499

17 - UF

41

18 - Código CBO

225125

19 - Assinatura do Profissional Solicitante

20 - Caráter do Atendimento

21 - Data da Solicitação

22 - Indicação Clínica

23 - Tabela

24 - Código do Procedimento

25 - Descrição

26 - Tipo de Atendimento

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

29 - Ql. Solic.

30 - Ql. Autoriz.

31 - Ql. Solic.

32 - Ql. Autoriz.

33 - Ql. Solic.

34 - Ql. Autoriz.

35 - Ql. Solic.

36 - Ql. Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença)

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 - Tpc

45 - % Real / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel.

49 - Gt. 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 - Assinatura do Responsável pela Autorização

59 - Observações / Justificativa

60 - Total Procedimentos (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: APSSOUZA

Data/Hora: 17/03/2022 10:15:05

Contat.Cde: 6969180

Atendimento: 6969180

Contato: INST.ADVENTISTAS/IAAP

6969180



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

2 - Nº Guia no Prestador 6969180

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
5271

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
1148229

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MILENA RIOS DE PAULA

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 BEN GOMES

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
43499

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. André Alberti Casadei
CRM-PR 38.632

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
21/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
1 22 40804089

26 - Descrição
RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)
RX - Pe ou pododactilo

27 - Ql.Solic.
1

28 - Ql.Autoriz.
0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acolhimento (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CNES
9365230

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 / 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 Site 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 OPM (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: CFSILVA

Data/Hora: 21/03/2022 07:09:19

Contato: 6969180

Atendimento: 6969180

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

6969180

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Milena Rios de Paula
Nº da Carteirinha: 11.4.8229
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 14/06/1999

Nº da Guia: 5271

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
26/02/2022	01:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

Aluna interna estava participando de uma atividade esportiva promovida pelo colégio, a mesma relata que estava jogando basquete misto e durante o jogo chocou-se com outro colega, caiu e torceu o pé esquerdo, sentiu algia no mesmo momento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Leonarda	(45) 99984-2122

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	16/03/2022

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

Observações

Aluna foi atendida pela enfermeira, foi realizado tratamento anti-inflamatório natural, não havendo melhora, foi encaminhado para o hospital.

Ass.:

Joselania Ramos Pazette - Enfermeira 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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Atendimento: 6969180 Pedido: 2470492 Ac. Number: 3084836
Registro / Nome: MILENA RIOS DE PAULA
Data de Nascimento: 14/06/1999 Idade: 22 anos, 9 meses e 3 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 17/03/2022 12:21:00 Laudado: 21/03/2022
08:11:20
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - TORNOZELO ESQUERDO (AP/PERFIL)

Parafos moles sem alterações grosseiras.

Corticais ósseas íntegras, sem desalinhamento ou sinal de fratura pelo método.

Espaço articular sem alterações, sem desalinhamento.

Van Furquim Depieri

VAN FURQUIM DEPIERI

CRM- 48600

Aisar Mohammad Jaber

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento: 6969180 Pedido: 2470492 Ac. Number: 3084836
Registro / Nome: MILENA RIOS DE PAULA
Data de Nascimento: 14/06/1999 Idade: 22 anos, 9 meses e 3 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 17/03/2022 12:21:00 Laudado: 21/03/2022
08:11:35
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: ANDRE ALBERTI CASADEI

RX - PÉ ESQUERDO (AP/OBLÍQUO)

Partes moles sem alterações grosseiras.

Corticais ósseas íntegras, sem desalinhamento ou sinal de fratura pelo método.

Espaço articular sem alterações, sem desalinhamento.

Yan Furquim Depieri

YAN FURQUIM DEPIERI

CRM- 48600

Aisar Mohammad Jaber

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 6499166 DATA: 17/03/2022 12:20
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 6969180 DT NASC: 14/06/1999 (22A 9M 3D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 553968 - MILENA RIOS DE PAULA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/03/2022 10:14 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Ruínas do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENTORSE DE TORNOZELO ESQ HÁ 3 SEMANAS COM REPETIÇÃO HÁ 3 DIAS
DOR EM REGIÃO DE 5º MTT E EM MALÉOLO LATERAL, SEM EDEMA SEM EQUIMOSE, ADM PRESERVADA, DEAMBULANDO
SEM AUXÍLIO

RX

6969180

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: ESQ	1					
2 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: ESQ	1					

VISITA HOSPITALAR

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



ANDRÉ ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38832

Dados do Atendimento

Atendimento: 6969180

Data/Hora:

Idade: Baixa

Paciente: 553968 - MILENA RIOS DE PAULA

Sexo: F

Nasc.: 14/06/1999 (22a 9m 3d)

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: ENTORSE DE PE ESQUERDO HA 3 DIAS, APRESENTA EDEMA E ALGIA EM LOCAL

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 100% / DOR 05 / FR 19

Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: 118 x 85 mmHG

Pulso: 60 bpm

Temperatura: 36,2 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distóico

Menarca:

Últ. Menstruação:

Nº de Partos:

1º Congresso Sexual:

Higiene Bucal: Boa

Cidade:

Prótese Dentária?

Sim ☐

Não ☒

Bebe Alcool?

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:

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	6.456.540
NOME	MILENA RIOS DE PAULA
DATA DE EXPIRAÇÃO	25/03/2010
EMISSÃO	JOSÉ ADIL PORCIANO DE PAULA BELONI RIOS
NATURALIDADE	FOZ DO IGUAÇU PR
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 183626 LV A-300 PL 216 CART. SANTOS/FOZ DO IGUAÇU PR
CNP	090.128.469-60
DATA DE NASCIMENTO	14/09/1999
ASSINATURA DO DIRETOR	JOINVILLE - SC
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
Assinatura	Assinatura