

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

2 - Nº Guia no Prestador: 69691850000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Sentido

6 - Data de Validade da Sentença

7 - Número do Guia Auxiliar para Transferência

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

1141576

31/12/2022

IMAKELLY SERRA RODRIGUES

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - UF

17 - Cidade/CEP

18 - Assinatura do Profissional Solicitante

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

PLANTAO THIAGO MODELO AZEVEDO MARTINS

15 - Conselho Profissional

16 - Número no Conselho

17 - UF

18 - Cidade/CEP

19 - Assinatura do Profissional Solicitante

06

20778

41

223268

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data do Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

17/03/2022

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

ou Item Assistencial

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

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

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 12:28 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

2 17/03/2022 12:32 22 40804097 RX - FE OU PODOCACTIVO

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

001 1.0 100.00 100.00

001 1.0 35.64 35.64

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

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

1 12 23876304000112 ANDRE ALBERTI CASADUCCI

52 - Conselho Prof. 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

06 38632 41 225270

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

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

58 - Classificação / Justificativa

59 - Valor dos Procedimentos (R\$)

60 - Total do Taxa e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de Outros (R\$)

63 - Valor dos Serviços (R\$)

64 - Total das Outras Múltiplas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

135,64

0,00

0,00

0,00

0,00

135,64

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

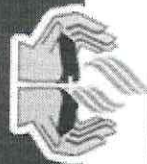
83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 5244

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

8 - Número da Carteira
1141576

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MIKAELLY SERRA RODRIGUES

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 THIAGO MODELO AZEVEDO MARTINS

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
20778

18 - UF
41

19 - Código CBO
223268

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dr. Thiago Modulo Azevedo Martins
CRM-PR 18.632

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
17/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039
26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.
1

28 - Qt. Autoriz.
0

Dados do Contratado Encarregado

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 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 - Têc.

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

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Senal Ref.

49 - Gr. Prof.

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 do 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 OPMF (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: JBD SANTOS

Data/Hora: 17/03/2022 10:16:24

Contatado: 6960185

Atendimento: 6960185

Convênio: INST ADVENTISTALAP

6.969,185

2 - Nº Guia no Prestador 6969185

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	000000
3 - Nr. Guia Principal	5244

4 - Data de Autorização	5 - Senha
-------------------------	-----------

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome
	1141576		MIKAEELLY SERENI

RA RODRIGUES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
---	-----------------------

13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado	
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
PLANTAO THIAGO MODULO AZEVEDO MARTINS		6	
17 - Número no Conselho		18 - UF	
20778		41	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
223268		Dr. André Alberto Casadei CRM-PR 38.632	
21 - Data da Solicitação		22 - Data da Solicitação	
21/03/2022		21/03/2022	
23 - Indicação Clínica		24 - Indicação Clínica	

2-7 - Número	20 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd Solic.	28 - Qtd Autoriz.
1	22	40804097 RX - Pe ou pododactilo		

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

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação do Acidente (acidente 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 - Qtd.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Real / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)			
8 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operacional/CPF	51 - Nome do Profissional
			52 - Conselho Profissional
			53 - Movimento em Ocorrência
			54 - Data

[illegible]

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	
62 - Total de OPMs (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)	
64 - Total Gases Medicinais (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)	
66 - Total Procedimentos (R\$)	

[illegible]

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mikaelly Serra Rodrigues
Nº da Carteirinha: 11.4.1576
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 16/09/2003

Nº da Guia: 5244

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/03/2022	14:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma	Pé Esquerdo

Descrição

Aluna interna estava participando de um campeonato promovido pelo colégio. Relata que durante o jogo, teve choque com a adversária varias vezes, relata também que durante o mesmo, sentiu que seu pé era pisado, referia muita dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Yara Amazonas	(44) 99144-6567

Quem prestou primeiros socorros	Data
Célia	15/03/2022

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

Observações

Aluna não procurou atendimento no momento da ocorrência, pois achou que não era nada grave e que passaria. No dia 15/03/2022, aluna refere contínua dor com dificuldade de cumprir as tarefas do dia-a-dia, após isso, foi encaminhada ao médico.

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



Atendimento:	6969185	Pedido:	2470499	Ac. Number:	3084846
Registro / Nome:	MIKAELLY SERRA RODRIGUES				
Data de Nascimento:	16/09/2003	Idade:	18 anos, 6 meses e 1 dia	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	17/03/2022 12:32:00			Laudado:	21/03/2022 08:12:02
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	ANDRE ALBERTI CASADEI				

RX - PÉ ESQUERDO (AP/OBLÍQUA)

Partes 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

PRESCRIÇÃO.: 6499183 DATA: 17/03/2022 12:28
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 6969185 DT NASC: 16/09/2003 (18A 6M 1D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 553970 - MIKAELLY SERRA RODRIGUES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/03/2022 10:15 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO THIAGO MODOLO AZEVEDO MARTINS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE BUSCA O SERVIÇO DEVIDO A DOR EM REGIAO ANTERIOR DO PE DIREITO
A MESMA QUE ACONTECEU EM PRATICA DESPORTIVA EM 2 SEMANAS

EFO
PELE INTEGRA
DISCRETA DOR A PALPAÇÃO EM REGIAO ANTERIOR DO PE DIREITO
AUSENCIA DE EQUIMOSE
AUSENCIA DE EDEMA
NEUROVASCULAR PRESERVADO
ADM PRESERVADA

PLANO TERAPEUTICO
RX PE
ANALGESICOS
ORIENTACAO PARA CASA
ATESTADO

6969185

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Ap!	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1						
Justificativa.: DIREITO							

VISITA HOSPITALAR

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



Dr. André Alberti Casadei
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 38.522

ANDRÉ ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38522

PRESCRIÇÃO.: 6499255 DATA: 17/03/2022 13:06
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 6969185 DT NASC: 16/09/2003 (18A 6M 1D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 553970 - MIKAELLY SERRA RODRIGUES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNACÃO.: 17/03/2022 10:15 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO THIAGO MODOLO AZEVEDO MARTINS SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RAIO X SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO NO MOMENTO

PLANO TERAPEUTICO:
ALTA COM ANALGESIA
GELO NO LOCAL
RETORNO SE NECESSÁRIO
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS
ATESTADO

Dr. André Alberti Casadei
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PR 38.632

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

Dados do Atendimento

Atendimento: 6969185 Data/Hora: 17/03/2022 10:15 Prioridade: Baixa
Paciente: 553970 - MIKAELLY SERRA RODRIGUES Sexo: F Nasc.: 16/09/2003 (18a 6m 1d)
Prestador: 5118 - PLANTAO THIAGO MODELO AZEVEDO MARTINS Especialidade: 85 - ODONT.C.TRAUM.S.M.F.
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clinica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: ENTORSE DE PE ESQUERDO HA 2 SEMANAS DURANTE PRATICA ESPORTIVA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outras: SAT 100%/ DOR05/ FR19

Alergias: AMOXICILINA

Sinais Vitais

P.A.: 104 x 63 mmHG Pulso: 47 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:	UF: Hospital: VERDE

Outras

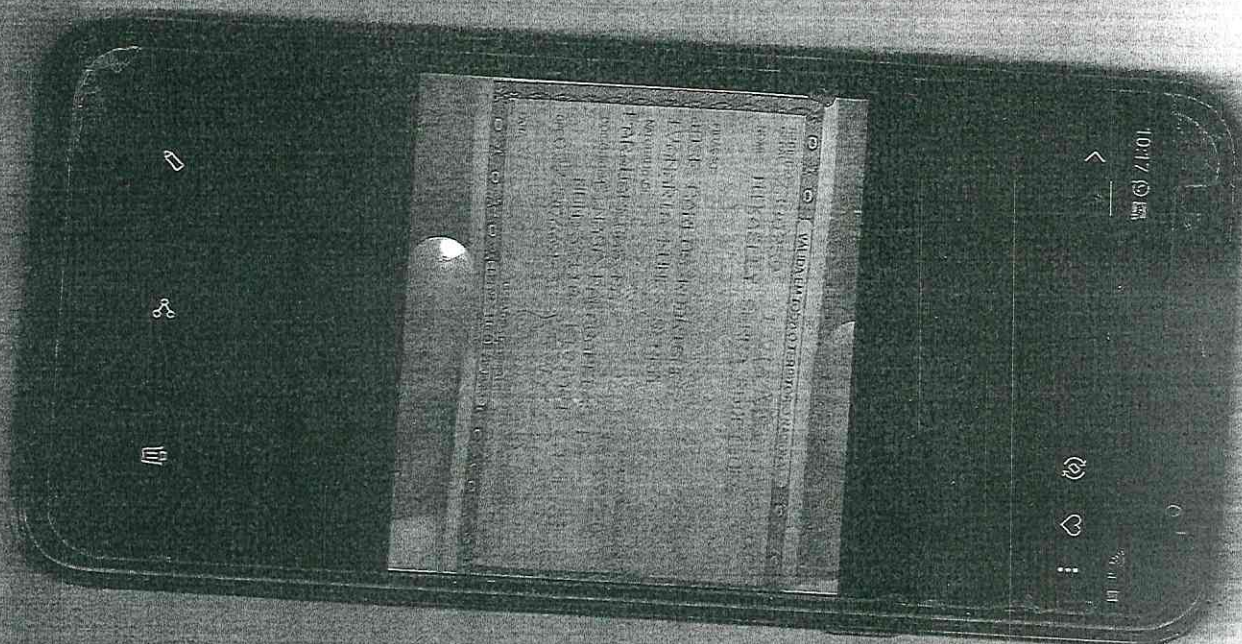
Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:



HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CLINICOS/CIRURGICOS COM ASSUNÇÃO DE DIVIDA

{DADOS DO ATENDIMENTO}

Médico: PLANTAO THIAGO MODOLO AZEVEDO MARTIN

CRM 20778

Data: 17/03/2022 10:15:48

Convênio: INST. ADVENTISTA-IAP

Padrão: COLEGIO ADVENTISTA ENFERMARIA

Cd Atendimento: 6969185

Prontuario: 553970

Origem: PRONTO SOCORRO HBSM

Cart. Conv.: 1141576

Usua. Atend: JULIANA BORGES DOS SANTOS

{PACIENTE / RESPONSÁVEL}

Paciente: MIKAELLY SERRA RODRIGUES

Sexo: FEMININO

Nascimento: 16/09/2003

Idade: 18

E. Civil.: SOLTEIRO

Conjuge:

C.P.F.: 02778066233

RG: 7380239

O. Emissor: SESP

Prof.: ESTUDANTE

End.: RUA SETE

Número: 18

Compl.:

Bairro: SAO JOSE

CEP: 35660139

Cidade: PARA DE MINAS

UF: MG

Mãe: IVANARIA NUNESSERRA

Fone: 94991552031, 94999442331, 94992299160

{RESPONSÁVEL}

Responsável: MIKAELLY SERRA RODRIGUES

C.P.F.: 02778066233

RG: 7380239

Prof: ESTUDANTE

End: SETE 18

Compl:

Bairro: SAO JOSE

Fone: 991552031

O(A) responsável / paciente acima qualificado(a) declara à, HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA, CNPJ/MF No 023.876.304/0001-11, localizada no(a) AV INDEPENDENCIA 93, ZONA 04, na cidade de Maringá - Paraná, Fone: (44) 30321818, CEP: 87015020, daqui por diante designado simplesmente HOSPITAL, o seguinte:

- 1) Assumo total responsabilidade por todas as despesas decorrentes da internação do(a) paciente acima qualificado(a), durante todo o período de internação, até a sua saída do hospital. Na hipótese de internação para parto normal ou cirúrgico, a responsabilidade ora assumida abrange a paciente e os(s) recém nascido(s).
- 2) Na opção por internação em acomodação particular, escolho para internação do(a) paciente a seguinte acomodação:
- 3) Na qualidade de RESPONSÁVEL e PRINCIPAL PAGADOR(A), efetuarei os pagamentos parciais e complementares que vierem a ser exigidos, para efeito das despesas hospitalares, medicamentos, materiais de consumo, exames, diárias e tudo o mais que se fizer necessário ao atendimento do(a) paciente supra mencionado(a).
- 4) Havendo apresentação de GUIA DE INTERNAÇÃO, ou equivalente, emitido por empresa de seguro saúde ou assistência médica, que mantenha contrato com o(a) paciente e HOSPITAL, AUTORIZO, desde já o acesso da referida empresa ao prontuário do (a) paciente, sendo certo que ficarei isento(a) dos pagamentos parciais e complementares, exceção feita aos que não estejam cobertos pelos respectivos planos de saúde, permanecendo, assim, em vigor, todas as demais cláusulas e obrigações aqui assumidas. Não obstante o aqui disposto, no caso de cancelamento ou suspensão da guia de internação, continuarei respondendo por todos os débitos decorrentes da internação.