

2 - Nº Guia no Prestador **69763460000008**

22

7 - **Nota-se que esse Attributo pela Operadora**

11 - Número do Cartão Nacional da Gráfica12 - Alendrinato a RN
N

13 - Código da Operação	23876304000112
14 - Nome do Contratado	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Critério Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Cidade / CEP	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTAO RAQUEL GOMES FARIZZOTTO CASSIAN	06	47585	41	225125	

21 - Cardêo do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	21/03/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - C.A.S.O.C.	28 - C.I. Autoriz
-------------	--	----------------	-----------------	-------------------

28 - Código na Operadora
23876304000112

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

32 - Tipo Atendimento	04	33 - Instrução do Atendimento (selecionar ou desmarcar relacionamento)	3	34 - Tipo de Consulta	1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------	----	--	---	-----------------------	---	--

Pistas de Exercício / Processamento e Cálculo / Classificação													
36-Data	37-Hr.	Inicial	38-Hr.	Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Código	43-Via	44-Não	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1	21/03/2022	21:52			22	1010039	CONSULTA EM BOMBO SECCORNO	001			1.3	100.00	100.00
2	21/03/2022	21:55			22	41001010	TC - GRANTO OU SELA TURCICHA OU ORBITAS	001			2.0	346.20	346.20

Identificação do(a) Profissional(a)	18-Sq. Ref.	43-Gr. Part.	50-Cód. na Operadora/CPF	51-Nome do Profissional	52-Conselho Prof.	53-Número no Conselho	54-UF	55-Cod. do CBO
1	12		23876304000112	LEONARDO QUEIROZCHI	06	26760	41	295225

6 - Data de Realização da Prova: _____

7 - Assinatura do Participante: _____

8 - Observação / Justificativa: _____

9 - Total dos Procedimentos (R\$)	446,20
10 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	0,00
11 - Taxas de Materiais (R\$)	0,00
12 - Outros CPDs (R\$)	0,00
13 - Total dos Medicamentos (R\$)	0,00
14 - Total dos Serviços Odontológicos (R\$)	0,00
15 - Total Geral (R\$)	446,20

FATURAMENTO

18

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

2 - Nº Guia no Prestador 697634601

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

Dados do Beneficiário

PABLYNE TABATTA FERREIRA FALCAO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO RAQUEL GOMES PARIZOTTO CASSIA

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

1 22 41001010

TC - Crânio ou sela turcica ou orbitas

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (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 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

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 de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

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 Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Gera (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LIMAACEDO

Data/Hora: 21/03/2022 22:31:54

Cartão/Lote: 6976346

Atendimento: 6976346

Comênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6976346

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

2 - Nº Guia no Prestador 6976346

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

8 - Número da Carteira

0000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
PABLYNE TABATTA FERREIRA FALCAO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Acreditação 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 RAQUEL GOMES BARIZOTTO CASIM

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

47585

18 - UF

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cardêr de Atendimento

22 - Data da Solicitação

21/03/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

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

31 - Código CNES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (incidente 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 - Qlido

43 - Via

44 - Têc.

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/CNPJ

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

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

69 - Assinatura do Contratado

Impresso por: RBERGAMIN

Data/Hora: 21/03/2022 21:00:56

Contato: 6976346

Atendimento: 6976346

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

6976346

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pablyne Tabatta Ferreira Falcão
Nº da Carteirinha: 11.4.972
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 29/03/2002

Nº da Guia: 5338

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/03/2022	11:32:00	Dormitório (Ex.: residencial)	Escorregou no corredor

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Joelho Direito, Cabeça

Descrição

Aluna interna relata que estava indo para o banheiro quando escorregou, não havia percebido água no chão, referiu algia nos membros afetado no mesmo momento, bateu a cabeça, o joelho e o quadril no chão. Passou o dia sentindo enjôo, vertigem e cefaleia.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Laura	(41) 99169-7090

Quem prestou primeiros socorros	Data
Célia	21/03/2022

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

Observações

Aluna foi atendido pela enfermaria, não havendo melhora 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 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Atendimento: 6976346 Pedido: 2473081 Ac. Number: 308810
Registro / Nome: PABLYNE TABATTA FERREIRA FALCAO
Data de Nascimento: 29/03/2002 Idade: 19 anos, 11 meses e 22 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 21/03/2022 21:55:00
Laudado: 23/03/2022
13:10:00
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: LEONARDO ODEBRECHT

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

Estudo realizado com tomografo 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.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 6509063 DATA: 21/03/2022 21:52
USUÁRIO....: LODEBRECHT
ATENDIMENTO: 6976346 DT NASC: 29/03/2002 (19A 11M 24D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 496423 - PABLYNE TABATTA FERREIRA FALCAO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/03/2022 21:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

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

Rubrica do
Médico

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
Dr. Leonardo Odebrecht
Cirurgia Geral
CRM 26760-PR

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

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

VISITA HOSPITALAR

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

Leonardo Odebrecht

LEONARDO ODEBRECHT
CRM-PR: 26760

TOMOGRAFIA
XAME REALIZADO

ATA

PRESCRIÇÃO.: 6509085 DATA: 21/03/2022 22:04
USUÁRIO.....: LODEBRECHT
ATENDIMENTO: 6976346 DT NASC: 29/03/2002 (19A 11M 24D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 496423 - PABLYNE TABATTA FERREIRA FALCAO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/03/2022 21:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

REVALIAÇÃO
TC CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO OU DESVIO DE LINHA MEDIA OU FRATURAS SULCOS E CISTERNAS
PRESERVADOS

CD ALTA COM SINTOMATICOS ORIENTAÇÕES

6976346

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA	Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Data	Horários
3 ALTA MELHORADA							



LEONARDO ODEBRECHT
CRM-PR: 26780

Dados do Atendimento

Atendimento: 6976346 Data/Hora: 21/03/2022 21:04 Prioridade: Baixa
Paciente: 496423 - PABLYNE TABATTA FERREIRA FALCAO Sexo: F Nasc.: 29/03/2002 (19a 11m 24d)
Prestador: 6337 - PLANTAO RAQUEL GOMES PARIZZOTTO CASSIAN 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 ONTEM COM TCE. HJ CEFALIA E VERTIGEM

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT:99%

Alergias: DIPIRONA

Sinais Vitais

P.A.: 120 x 80 mmHG Pulso: 88 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:	

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

TERMO DE CIÊNCIA PRÉVIA PARA ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO		PABLYNE TABATTA FERREIRA FALCAO Dt. Nasc: 29/03/2002 Sx: F Pront: 496423 Dt: 21/03/2022 CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLINICA	
PACIENTE:		ONTUÁRIO:	
DATA DE NASCIMENTO: / /	RG:	RG. EXP.:	
NOME DA MÃE:		6976346	

RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL/ACOMPANHANTE			
NOME:	DATA DE NASCIMENTO: / /		
RG:	ÓRG. EXP.:	GRAU DE PARENTESCO:	

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 21 / 03 / 22. 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>21.03.22</u>
Horário:	<u>21.07</u>

Pablyne

Paciente

Responsável / Acompanhante

Testemunha

Recepcionista

