

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

2 - Nº Guia no Prestador 7027308000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal		6 - Data de Validação da Guia		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Sentença		8 - Validade da Carteira		9 - Nome	
114101		01/01/2025		RENAN MARTINS MOREIRA		12 - Atendimento a RN N	
13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR		06	
17 - Nome do Profissional Solicitante		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR		41		225270			
21 - Criterio do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela	
1		18/04/2022				25 - Código do Procedimento	
						26 - Descrição	
						27 - QI Solic. 28 - Qi Autoriz.	
						29 - Código na Operadora	
						30 - Norma do Contratado	
						31 - Código CNES	
						9365230	
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Atendimento (acidose ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
05		9					
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição		42 - Qde. 43 - Via 44 - Pac. 45 - Fator R/Aor 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total		48 - Sq. Ref. 49 - Gz. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO	
1 18/04/2022 06:49 22 41101316 22 06:49 06:49		RN - ARTICULAR (POR ARTICULACAO)		56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa	
59 - Total de Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total de Materiais (R\$)		62 - Total de CPME (R\$)	
700.88		0.00		0.00		0.00	
63 - Assinatura do Responsável pela Autorização		64 - Total de Medicamentos (R\$)		65 - Total de Gases Médicos (R\$)		66 - Assinatura do Contratado	
		0.00		0.00		700.88	

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

2 - Nº Guia no Prestador 48

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Sentença	7 - Número da Guia Atribuído para Operação	11 - Número do Conselho Nacional de Saúde	12 - Alinhamento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Sessão	10 - Nome RENAN MARTINS MOREIRA	19 - Código CBO 41 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados do Beneficiário					
8 - Número da Carteira 114101	9 - Validade da Carteira 01/01/2025				
Dados do Solicitante					
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A				
15 - Nome do Profissional Solicitante DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28801	18 - UF 41	19 - Código CBO 41 225270	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados					
21 - Caracter de Atendimento 22 - Data da Solicitação 22/03/2022	23 - Indicação Clínica BI-ATERAL COM CARGA TAXIAL BILATERAL DE ERATELA M255 JOELHO ESQUERDO				
24 - Tabela 1 22 2 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assessorial 41101316 40804054	26 - Descrição RM DE JOELHO (UNILATERAL) JOELHO A.D. - L.A. - 08/03/2022	27 - Qx Solic. 1 / 2	28 - Qx Autoriz. 0 0	
Dados do Contratado Beneficiário					
29 - Código na Operação 238763040001	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR				
Dados de Atendimento					
32 - Tipo Atendimento 4	33 - Indicação da Atividade (residência ou domicílio) (residência) 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 - Quid. 43 - Via 44 - Tcc.	45 - % Red. / Adress. 46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
Manifestação pelo Profissional Excedente (el)					
48 - Seq. Ref. 49 - Qi. Part.	50 - Código na operação/CPR	51 - Nome do Profissional			
52 - Data de Realização do Procedimento em Sessão		53 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
54 - Data de Realização do Procedimento em Sessão		55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
56 - Observações / Justificativa					
57 - Total Procedimentos (R\$)		58 - Total de Taxas e Agilidade (R\$)	59 - Total de OP/ME (R\$)	60 - Total de Medicamentos (R\$)	61 - Total Gases Medicinais (R\$)
62 - Assinatura do Responsável pela Autorização		63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	64 - Assinatura do Contratado	65 - Total Geral (R\$)	66 - Código CBO
67 - Data/ Hora: 22/03/2022 08:35		68 - Cópia: 09/07/83	69 - Assinatura: 09/07/83	70 - Assinatura: 09/07/83	71 - Assinatura: 09/07/83

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Renan Martins Moreira
 Nº da Carteira: 11.4.101
 Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 25/02/2000

Nº da Guia: 5070.004



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
01/03/2022	20:50:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Joelho Esquerdo

Descrição
 Aluno interno em jogo de futsal. Em forte divida de bola, pulou e caiu sobre o joelho Esq. Refere ter sentido possível luxação em região patelar com retorno espontâneo. Não apresenta deformidade aparente. Apresenta edema 3+/4+ e dor intensa ao movimentar o membro. Aplicado amica, atadura para restringir o movimento do membro e gelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Júnior	01/03/2022

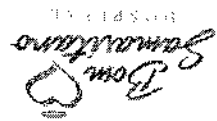
Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3220-6000

Motivo do Retorno	Ressonância a pedido médico no dia 18/04/2022 segunda-feira, às 7:00 horas da manhã.
-------------------	--

Ass.: *Joselania Ramos Pazette*
 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 - Bigorilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
 Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
 assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Atendimento: 7027308 Pedido: 2490698 Ac. Number: 3110188
Registro / Nome: RENAN MARTINS MOREIRA
Data de Nascimento: 25/02/2000 Idade: 22 anos, 1 mês e 22 dias Sexo: M
Pedido do Exame: 18/04/2022 06:49:00
Convenio: CLINICA ADVENTISTA - CIAC
Medico Solicitante: DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR
Laudado: 22/04/2022 11:26:26

Rm De Joelho Esquerdo (Unilateral)

MÉTODO

Exame de ressonância magnética realizado pelas técnicas de FSE, com ponderações em T1 e T2, com aquisições multiplanares.

ANÁLISE

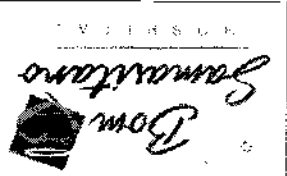
Contusões na periferia anterior do platô tibial medial, no aspecto posterior do platô tibial lateral e na periferia do côndilo femoral lateral.
Rotura completa do ligamento cruzado anterior.
Rotura vertical longitudinal no corno posterior dos meniscos medial e lateral.
Rotura parcial de fibras profundas no terço médio do ligamento colateral medial.
Estiramento do ligamento colateral lateral, sem descon continuidades.
Pátela tópica.
Superfícies condrais preservadas.
Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal preservados.
Ligamentos cruzado posterior e colateral lateral íntegros.
Tendinopatia do patelar, com pequena fissura longitudinal nas fibras profundas do terço distal.
Demais estruturas tendíneas sem alterações.
Pequeno derrame articular.
Fossa poplítea livre.

72.11.11

RENÉ KEIZO ARIKAWA

CRM-SP: 98744

**TAXA DE SALA E RELATÓRIO
DE ENFERMAGEM
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR
IMAGEM**



RENAN MARTINE MOREIRA
M 22x 1m 22d
Nº 01114101
25/02/2006
CLINICA AD
Atendi: 7021308
01182

2490698

MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE	MATERIAL	APRES	CÓD	QTDE
Abboath Nº 18	Un	298		Luva de procedimento M	Un	999	
Abboath Nº 20	Un	299	0	Luva de procedimento G	Un	998	
Abboath Nº 22	Un	300		Luva estéril nº	Par		
Abboath Nº 24	Un	301		Luva plástica	Par	1001	
Aguilha 30x7	Un	180		Luva vinil	Par		
Aguilha 40X12	Un	181	01				
Aguilha 25x7	Un	179		Micropore 25 mm	Cm	145	
Aguilha tru cut 14 gx 15mm	Un	11433		Micropore 50 mm	Cm	148	50
Aparelho para tricotomia	Un	1008		Polifix padrão 2 vias	Un	425	
Cateter de oxigênio	Un	7313		Preservativo sem lubrificante	Un	1058	
Compressa gaze	Pac	356		Protetor auricular	Un	7009	
Eletrodo de carbono	Un	28848		Safeflow	Un	29077	
Eletrodo desc de papel	Un	117		Seringa desc 10 ml luer lock	Un	1142	
Eletrodo meditrace	Un	6375		Seringa desc 10 ml	Un	740	01
Equipo macrogotas	Un	497		Seringa desc 20 ml	Un	741	
Equipo intratix compact air	Un	12155		Seringa desc 60 ml	Un	742	
Escalpe nº	Un			Sonda de aspiração nº 10	Un	745	
Esparadrapo	Cm	123		Sonda de aspiração nº	Un		
Extensofix 20 cm	Un	419		Stopper	Un	5725	
Extensofix 120 cm	Un	421		Torneirinhas 3 vias	Un	426	
Lanceta safe t pro uno	Un	22279		Tubo flexível do paciente	Un	29688	
Luva de procedimento P	Un	1000					

SINAIS VITAIS

PA: 180 X 80	mmHg	Sat O ₂ : 98%	Glicemia capilar: mg/dl	FC: bcpm
PA: 180 X 80	mmHg	Sat O ₂ : 98%	Glicemia capilar: mg/dl	FC: bcpm

Ligado oxigênio: : /min Desligado oxigênio: : /min

Relatório de enfermagem / Rastreabilidade

Exame realizado 9/11/2023

Carimbo e assinatura da enfermagem

Renan Martins Moreira



Paciente		Data de Nascimento
Atendimento	Peso (quilos)	Altura (m)
Convênio	Setor	Data do atendimento
Procedimento realizado		

MEDICAMENTO	QTDE	CÓD	HORA	MEDICAMENTO	QTDE	CÓD	HORA
Adrenalina 1mg/ml - 1ml		2969		Luftal 75mg/ml - 10ml		3092	
Água destilada - 10ml		3232		Monocordil 10mg/ml - 1ml		3009	
Água destilada - 100ml		3231		Novalgina 1g/ml - 2ml		3602	
Aminofilina 240mg/10ml		3168		Plasil 10mg/2ml - 2ml		3103	
Ancoron 150mg/3ml - 3ml		2977		Primovist - 10ml		29420	
Atenolol 25mg		2980		Propofol 10mg/ml - 20ml		4789	
Atenolol 50mg		2982		Omnipaque 300 - 100ml		27743	
Atropina 0,25mg/ml - 1ml		7422		Omnipaque 350 - 100ml		29645	
Azul de metileno		3369		Omniscan - 20ml	01	29647	
Brevibloc 10mg/ml - 10ml		2993		Persantin 10mg/2ml		28561	
Buscopan 20mg/ml - 1ml	01	3115		Prohance 1x10ml		28821	
Buscopan composto - 5ml		3116		PVPI tópico		29447	
Capoten 25mg		3019		Seloken 1mg/ml - 5ml		27896	
Capoten 50mg		3020		Soro fisiológico 0,9% - 10ml	01	3190	
Clorexidine alcóolica 0,5%		29422		Soro fisiológico 0,9% - 10ml		3190	
Dobutrex 250mg/20ml - 20ml		2964		Soro fisiológico 0,9% - 100ml		13576	
Dormonid 15mg/3ml - 3ml		3692		Soro fisiológico 0,9% - 250ml		3271	
Ethamolin - 2ml		5449		Soro fisiológico 0,9% - 500ml		3273	
Glicose 25% - 10ml		3210		Vitamina E - 400mg		29298	
Glicose 50% - 10ml		3211		Xylocaína 2% S/V - 20ml		4455	
Isordil 5mg		4728		Xylocaína gel 2% - 30ml		3667	
Lanexat 0,5mg/5ml - 5ml		2792		Xylocaína spray 10% - 50 ml		3670	

Evolução Médica

Dr. Oscar Adolfo Fonza
CRM 8874

Bom Hospital
Samartano

Termo de Consentimento Ressonância Magnética

DECLARO, que:

- Autorizo o corpo clínico do Centro de Diagnóstico por Imagem do Hospital Bom Samartano de Maringá a realizar o exame solicitado e a praticar todos os atos médicos e de enfermagem dele decorrentes.
- Estou ciente que no exame de _____ ao qual serei submetido (a) poderá ser necessário o uso de **Contraste via endovenosa**, para obtenção de melhor resultado no diagnóstico. A administração do contraste não é totalmente isenta de riscos, porém torna-se fundamental em determinadas circunstâncias, pois melhoram a visualização das estruturas anatómicas.
- Estou ciente que o uso do contraste pode causar efeitos colaterais/reações adversas incluindo náusea, cefaleia, urticária, coceira e vômitos. Muito raramente, complicações mais sérias ou reação anafilática pode ocorrer (1 caso em 100.000 – 500.000 procedimentos).
- O exame de **Ressonância Magnética** utiliza um alto campo magnético associado a ondas de radiofrequência para aquisição de imagens. O campo magnético ou as ondas eletromagnéticas nos níveis que são utilizadas neste exame não são comprovadamente prejudiciais às pessoas, **não sendo utilizada radiação ionizante**.
- Comprometo-me a responder o questionário abaixo com informações corretas e completas, bem como a cumprir o preparo de forma adequada para realização do exame.
- TODOS** os objetos metálicos, incluindo marca-passo ou implantes em olhos e aparelhos auditivos, próteses dentárias, chaves, telefones celulares, óculos, canetas, moedas, jóias e qualquer outro material metálico removível deverão ser retirados, pois podem ser atraídos pelo equipamento. Portanto, **a entrada na sala com estes objetos é proibida**.
- Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes em situações imprevistas que possam ocorrer e que necessitem de cuidados diferenciados daqueles inicialmente propostos.
- Declaro que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter discutido e analisado com a equipe técnica os principais riscos e complicações de exames específicos à minha condição clínica, bem como de ter lido e compreendido todas as informações deste documento antes de sua assinatura.

Data de Exame: 28/04/22 Data de Nascimento: 05/02/2000 Idade: 22 anos.

Nome completo: Renata Jéssica Pereira Altura: 1,73 Sexo: () Feminino (X) Masculino

Peso: 51 kg

() Sim (X) Não	
1) Você já se submeteu a algum tipo de exame em que foi necessário o uso de contraste via endovenosa ou via oral?	
() Sim (X) Não	Qual?
2) Caso a resposta da anterior seja SIM, você apresentou algum tipo de reação à substância?	
() Sim (X) Não	Qual?
3) Você tem algum dos itens abaixo?	
() Sim (X) Não	Marca-passo cardíaco
() Sim (X) Não	Clips de aneurisma
() Sim (X) Não	Implante coclear (ouvido) / Aparelhos Auditivos
() Sim (X) Não	Lentes de contato
() Sim (X) Não	Stents/Clips cirúrgicos (vesícula, intestino, estômago, e etc.)
() Sim (X) Não	Pino, prótese ou implante eletrônico, magnético, mecânico
() Sim (X) Não	Valvula cardíaca
() Sim (X) Não	Fragmento ou prótese metálico
4) Já fez exame de Ressonância Magnética? Tive alguma intercorrência?	
() Sim (X) Não	Se sim, favor descrever:
5) Sofre de claustrofobia ou outros impedimentos para permanecer dentro do aparelho?	
() Sim (X) Não	

() Sim (X) Não	** Trabalho com metal (serralheria, fundição)
() Sim (X) Não	** DVP – derivação ventricular (válvula de hidrocefalia)
() Sim (X) Não	** Maquiagem definitiva/Tatuagem
() Sim (X) Não	** Piercing
() Sim (X) Não	** Dispositivo intra-uterino (DIU ou Mirena)
() Sim (X) Não	** Dentadura ou prótese fixa
() Sim (X) Não	** Expansor mamário
() Sim (X) Não	** Outro tipo de material implantado. Qual?

6) Marque com X se você é portador(a) de alguma(s) das doenças abaixo:

** Hipertensão Arterial	() Sim (X) Não	** Diabetes	() Sim (X) Não	** Úlcera Péptica	() Sim (X) Não
Mieloma Múltiplo	() Sim (X) Não	Gota	() Sim (X) Não	Doença Cardíaca	() Sim (X) Não
Feocromocitoma	() Sim (X) Não	Hipertireoidismo	() Sim (X) Não	Anemia Falciiforme	() Sim (X) Não
Doença Renal	() Sim (X) Não	Cirrose	() Sim (X) Não		

Faz uso de alguma medicação? Qual? _____

7) Sofre de insuficiência renal, disfunção renal ou rim não funcional? () Sim (X) Não

8) Sofre de asma ou alguma outra doença alérgica?

() Sim (X) Não Se sim, Qual? _____

9) Tem alergia a algum medicamento ou alimento?

() Sim (X) Não Se sim, Qual? _____

10) Já sofreu ferimentos por objetos metálicos no corpo ou nos olhos (projéteis de arma de fogo, lâminas cortantes)? () Sim (X) Não

11) Em caso de mulher, há suspeita ou confirmação de gravidez? () Sim () Não

Se sim, quanto tempo de gestação? _____

Está amamentando? () Sim () Não

12) Há quanto tempo está em jejum? 4 h + s

13) Por favor, cite as doenças/cirurgias que já teve durante a sua vida: _____

(X) **AUTORIZO** o uso de contraste para realização deste exame.

() **NÃO AUTORIZO** o uso de contraste para realização deste exame.

Dever ser preenchido pelo paciente ou responsável legal

Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que, apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento até que o procedimento, objeto deste documento, seja iniciado.

(X) Paciente () Responsável (grau de parentesco): Pai Data de Nascimento: 25/02/1981

Nome legível: Renan Martins Moreira RG/CPF: 067.553.161-94

Assinatura: [Assinatura] Maringá: 18/4/2022 Hora: 6:52

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Nome legível: _____ RG/CPF: _____

Declaro que recebi e entendi as orientações quanto aos cuidados pós realização do procedimento, e responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento ambulatorial realizado no Hospital Bom Samaritano de Maringá, até a sua residência.

Assinatura: _____ Maringá: ____/____/____ Hora: ____:____

Dever ser preenchido pelo médico

Foi explicado todo procedimento, ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____