

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

2 - Nº Guia no Prestador 8112910000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 15/12/2023	5 - Sentia 14751001
6 - Data de Validade da Sentia 14751001	
7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14751001	

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 11412701	9 - Validade da Carteira 01/01/2026	10 - Nome Social AMANDA LANDIM DA SILVA	12 - Atendimento a RN N
-----------------------	------------------------------------	--	--	----------------------------

Dados do Solicitante	13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 46406	18 - UF 41	19 - Código CBO 225225	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 15/12/2023	23 - Indicação Clínica	90 - Indicador de Cobertura Especial	27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.
---	-----------------------------------	--	------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Contratado Especialista	29 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 24 - Tabela	30 - Descrição 25 - Código do Procedimento	31 - Código CNES 9365230
----------------------------------	---	---	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	91 - Regime de Atendimento 04	92 - Saúde Ocupacional
----------------------	-----------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------------	------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 1 07/12/2023 2 07/12/2023	37 - Hr. Inicial 08:53 08:55	38 - Hr. Final 08:53 08:55	39 - Tabela 10101039 40804089	40 - Procedimento CONSULTA EM PRONTO SOCORRO RX - ARTICULACAO TIBIOFASICA (TOKNOZELO)	41 - Descrição 1.0 1.0	42 - Qtd. 100.00 35.64	43 - Via 100.00 35.64	44 - Tec. 100.00 35.64	45 - Fator R/Acr 1.0 1.0	46 - Valor Unitário 100.00 35.64	47 - Valor Total 100.00 35.64
---	---	------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	---	------------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------------	--	-------------------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Sd. Ref. 1	49 - Gr. Part. 12	50 - Cód na operadora/CPF 23876304000112	51 - Nome do Profissional VINICIUS MEDINA GUIMARAES	52 - Conselho Prof 06	53 - Número no Conselho 4.0959	54 - UF 41	55 - Código CBO 225270
--	--------------------	----------------------	---	--	--------------------------	-----------------------------------	---------------	---------------------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Sane	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$) 135.64	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPMs (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 135.64
--	--	---------------------------------	---	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	--	----------------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador 14751001

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

AMANDA LANDIM DA SILVA

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

RAFAEL SALEM VEDOVELLO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

46406

18 - UF

41

19 - Código CBO

225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

07/12/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Autoriz.

0

Dados do Contrato Exatante

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 - Qtd. 43 - Via

44 - Têc.

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

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Exatante(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 Série

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 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total do OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura Beneficiário ou Responsável



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

2 - Nº Guia no Prestador **14751001**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha		

Dados do Beneficiário	8 - Numero da Carteira 11412701	9 - Validade da Carteira	10 - Nome AMANDA LANDIM DA SILVA	11 - Numero 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 RAFAEL SALEM VEDOVELLO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Numero no Conselho 46406	18 - UF 41	19 - Código CBO 225225	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--	---	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/12/2023	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40804089	26 - Descrição RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)	27 - Ql.Solic. 1	28 - Ql.Autoriz. 0
---	----------------------------------	--	------------------------	-------------------	--	---	---------------------	-----------------------

AMANDA LANDIM DA SILVA
Dt. Nasc: 29/03/2005 Sx: F
Dt. 07/12/2023
Dt. Nasc: 619262 Dt. 07/12/2023
INST. ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVENT
8112910

Dados do Contrato 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 (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 - Qlde.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	-----------	------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------	------------	----------	-----------	----------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)	48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Prof.	50 - Código na operacional/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Numero 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 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				

8112910

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO



Aluno: Amanda Landim da Silva
Nº da Carteirinha: 11.4.12701
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 29/03/2005

Nº da Guia: 14751.001

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
06/12/2023	17:35:51	Rampa perto da biblioteca	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluna relata que estava voltando da faculdade, pisou na grama e o pé virou, caindo no chão. Relata que após sentiu uma dor intensa e dificuldade para deambular.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Kamily

(41) 99676-0022

Quem prestou primeiros socorros

Data

Maricleia Zenir

23/11/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Motivo do Retorno

Autorização de Consulta com o ortopedista Dr. Vitor em 07/12/2023 às 08:25. Local Av. Independência 112, Zona 4, Maringá.

Ass: Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Joserlania Ramos Pazette Fagundes

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



Atendimento:	8112910	Pedido:	2875240	Ac. Number:	3599758
Registro / Nome:	AMANDA LANDIM DA SILVA				
Data de Nascimento:	29/03/2005	Idade:	18 anos, 8 meses e 9 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	07/12/2023 08:55:00			Laudado:	12/12/2023 10:42:47
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	VINICIUS MEDINA GUIMARAES				

RX - TORNOZELO ESQUERDO (AP/PERFIL)

Estrutura óssea conservada.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

Não se observam fraturas desviadas ao método.

R JULIANA POLLA REINHEIMER

CRM- 52347

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 7999201 DATA: 07/12/2023 08:53
USUÁRIO....: VMGUIMARAES
ATENDIMENTO: 8112910 DT NASC: 29/03/2005 (18A 8M 10D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 619262 - AMANDA LANDIM DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/12/2023 08:12 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL SALEM VEDOVELLO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM HISTORIA DE ENTORSE DE TORNOZELO HA CERCA DE 15 DIAS

EFO
PELE INTEGRA
ADM TOTAL POREM DOLOROSA
EM USO DE ROBOFOOT
DEAMBULANDO COM AUXILIO DE MULETAS BILATERAIS
NEUROVASCULAR PRESERVADO

RX REAVALIO APOS

8112910

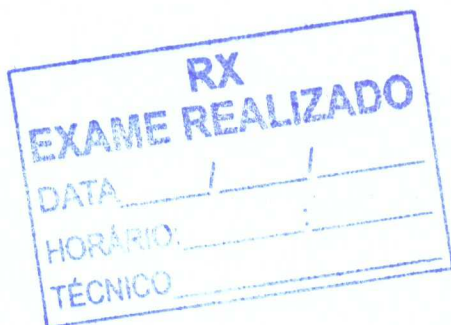
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: ESQ	1						

VISITA HOSPITALAR

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



VINICIUS MEDINA GUIMARAES
CRM-PR: 4.0959

PRESCRIÇÃO.: 7999241 DATA: 07/12/2023 09:04
USUÁRIO....: VMGUIMARAES
ATENDIMENTO: 8112910 DT NASC: 29/03/2005 (18A 8M 10D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 619262 - AMANDA LANDIM DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/12/2023 08:12 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL SALEM VEDOVELLO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

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

VINICIUS MEDINA GUIMARAES
CRM-PR: 4.0959

Dados do Atendimento

Atendimento: 8112910 Data/Hora: 07/12/2023 08:12 Prioridade: Baixa
Paciente: 619262 - AMANDA LANDIM DA SILVA Sexo: F Nasc.: 29/03/2005 (18a 8m 10d)
Prestador: 5598 - RAFAEL SALEM VEDOVELLO Especialidade: 11 - CIRURGIA GERAL
Origem: 98 - PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM Serviço: 2 - CIRURGIA GERAL

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: REFERE ENTORSE EM TORNOZELO ESQUERDO HA 15 DIAS

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT 100 FR 18 DOR 3
Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 124 x 73 mmHG Pulso: 74 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

Outros

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: RAFAEL SALEM VEDOVELLO

CRM :46406

Data: 07/12/2023 08:12:59

Convênio: INST. ADVENTISTA-IAP

Padrão: COLEGIO ADVENTISTA ENFERMARIA

Cd Atendimento: 8112910

Prontuario: 619262

Origem: PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM

Cart. Conv.: 11412701

Usua. Atend: PAMELA EVELYN TORQUATO DE SOUZA

{PACIENTE / RESPONSÁVEL}

Paciente: AMANDA LANDIM DA SILVA

Sexo: FEMININO

E. Civil.: SOLTEIRO

Nascimento: 29/03/2005

Idade: 18

Conjuge:

RG:

O. Emissor:

C.P.F.: 02954173157

Prof.: OUTROS TRAB. DOS SERVICOS

End.: GLEBA PAICANDU

Compl.:

Bairro:

Número: 80

CEP: 87130000

UF: PR

Cidade: IVATUBA

Mãe: MARIA DE FATIMA LANDIM MAIA DA SILVA

Fone: 61996814201

{RESPONSÁVEL}

Responsável: AMANDA LANDIM DA SILVA

C.P.F.: 02954173157

RG:

Prof.: OUTROS TRAB. DOS SERVICOS

End.: GLEBA PAICANDU 80

Compl.:

Bairro:

Fone: 996814201

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), efetuei 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.