

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

2 - Nº Guia no Prestador 14672

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

4 - Data de Autorização

5 - Senha

8 - Número da Carteira

1141648

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
CAROLINE NOVAKOWSKI HALLES

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

16 - Conselho Profissional

6 43100

18 - UF 41

19 - Código CBO 225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

200684

15 - Nome do Profissional Solicitante
RAFAEL HOBOLD HIDALGO

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação
18/11/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

1

0

Dados do Contrato/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 Acidente (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de 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\$)

31 - Código CNES
9365230

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

48 - Seq. Ref.

49 - G1. 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

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

5 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

7 - 8 - 9 - 10 -

9 - 10 -

10 -

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 Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Caroline Novakowski Halles

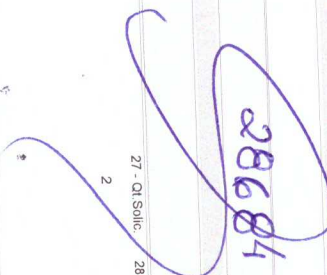
68 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 8078388

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 1141648	9 - Validade da Carteira	10 - Nome CAROLINE NOVAKOWSKI HALLES	
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 HOBOLD HIDALGO	16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 43100	18 - UF 41	19 - Código CBO 225225	20 - Assinatura do Profissional Solicitante 
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 18/11/2023	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 22
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40803112	26 - Descrição RX - Punho	27 - Qt. Solic. 2	28 - Qt. Autoriz. 0
Dados do Contratado Excitante			
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 - Cide	43 - Via
44 - Tec	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
Identificação do(a) Profissional(s) Excitante(s)			
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Prof.	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			
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -		
58 - Observação / Justificativa			
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 Medicinas (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Caroline Novakowski Halles
Nº da Carteira: 11.4.1648
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 08/02/2003

Nº da Guia: 14672

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/11/2023	17:00:00	Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)	Brinquedo Surf no Parque de Diversões

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Mão Direita, Mão Esquerda

Descrição

Aluna refere estar no brinquedo surf, quando a mesma prendeu os pulsos entre dois ferros. Relata que sentiu muita dor no momento e vermelhidão. Apresenta leve hematoma e edema no pulso esquerdo. Relata muita dor na região.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Isabella Alves	(44) 99740-3133

Quem prestou primeiros socorros	Data
Caroline	16/11/2023

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

Observações

Encaminhado para avaliação médica.

Joselândia Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Ass.:

Joselândia 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: 8078388 Pedido: 2863631 Ac. Number: 3584777
Registro / Nome: CAROLINE NOVAKOWSKI HALLES
Data de Nascimento: 08/02/2003 Idade: 20 anos, 9 meses e 9 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 18/11/2023 16:44:00 Laudado: 24/11/2023
10:58:01
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - PUNHO DIREITO

- Estruturas ósseas de aspecto preservado.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7954840 DATA: 18/11/2023 16:55
USUÁRIO.....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8078388 DT NASC: 08/02/2003 (20A 9M 10D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 618839 - CAROLINE NOVAKOWSKI HALLES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/11/2023 16:06 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

PT
ANALGESIA
GELO
ORIENTAÇÕES
RETORNO S/N
ALTA
A DISPOSIÇÃO

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

PRESCRIÇÃO.: 7954819 DATA: 18/11/2023 16:41
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8078388 DT NASC: 08/02/2003 (20A 9M 10D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 618839 - CAROLINE NOVAKOWSKI HALLES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/11/2023 16:06 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA COMPRESSIVO EM PUNHO BILATERAL ENQUANTO ANDAVA EM BRINQUEDO DE PARQUE DE DIVERSÕES HA 3 DIAS

PELE INTEGRAL
EDEMA DISCRETO BILATERAL
ADM E FM PRESERVADA E LEVEMENTE DOLOROSA
NEUROVAS PRESERVADO

PT
RX

8078388

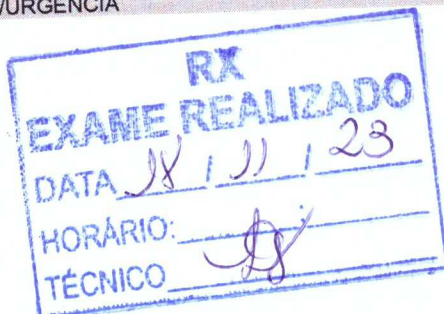
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS	2					
Justificativa.: BILATERAL						

VISITA HOSPITALAR

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



PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

Dados do Atendimento

Atendimento: 8078388 Data/Hora: 18/11/2023 16:06 Prioridade: Baixa
Paciente: 618839 - CAROLINE NOVAKOWSKI HALLES Sexo: F Nasc.: 08/02/2003 (20a 9m 10d)
Prestador: 6727 - RAFAEL HOBOLD HIDALGO Especialidade: 11 - CIRURGIA GERAL
Origem: 98 - PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: REFERE TRAUMA EM PUNHO ESQ E DIR HA 3 DIAS

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT: 99% FR 17 DOR 3

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 150 x 90 mmHG Pulso: 109 bpm Temperatura: 36 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito

Menarca:

Últ. Menstruação:

Nº de Partos:

1º Congresso Sexual:

Higiene Bucal: Boa

Cidade:

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒

Bebe Álcool? 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:

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA

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

107

{DADOS DO ATENDIMENTO}

Médico: RAFAEL HOBOLD HIDALGO
Data: 18/11/2023 16:06:01
Convênio: INST. ADVENTISTA-IAP

CRM :43100

Padrão: COLEGIO ADVENTISTA ENFERMARIA

Prontuario: 618839

Cd Atendimento: 8078388

Origem: PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM

Cart. Conv.: 1141648

Usua. Atend: MARIA CLAUDINA DUARTE DE OLIVEIRA

{PACIENTE / RESPONSÁVEL}

Paciente: CAROLINE NOVAKOWSKI HALLES
Sexo: FEMININO
E. Civil: SOLTEIRO

Nascimento: 08/02/2003
Conjuge:

Idade: 20

C.P.F. 04419884070
Prof.: OUTROS TRAB. DOS SERVICOS
End.: RUA GLEBA PAICANDU
Compl.:
Cidade: IVATUBA
Mãe: SEILA NOVAKOWSKI HALLES
Fone:

Bairro:

RG:

O. Emissor:

Número: 80
CEP: 87130000
UF: PR

{RESPONSÁVEL}

Responsavel: CAROLINE NOVAKOWSKI HALLES
C.P.F. 04419884070
End: RUA GLEBA PAICANDU 80
Compl:
Bairro:
Fone: 99153656

RG:

Prof: OUTROS TRAB. DOS SERVICOS

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.



Assistência Médica Adventista

Conta comercial



Bom dia, Tudo bem?

TERÇA-FEIRA

Poderia me auxiliar novamente estamos com uma conta que passou apenas alguns ...

Pode sim.

16:42

Muito Obrigadooo

16:51 ✓✓

HOJE

Bom Dia, Tudo bem?

Poderia me auxiliar novamente estamos com uma conta que passou apenas alguns dias do prazo de envio, poderíamos encaminhar na próxima remessa ?

Caroline Novakowski Halles - 18/11/2023

07:00 ✓✓

Agradecemos sua mensagem. Não estamos disponíveis no momento, mas responderemos assim que possível.

07:00

Bom dia Diego. 08:07

Pode sim. 08:06