

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

2 - Nº Guia no Prestador 8056310000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14383
4 - Data de Autorização 06/11/2023	5 - Senha 14383	12 - Atendimento a RN N	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 11110319	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	89 - Nome Social	
10 - Nome ELLEN BEATRIZ REIS COSTA			
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 26780
15 - Nome do Profissional Solicitante LEONARDO ODEBRECHT	18 - UF 41	19 - Código CBO 225225	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Carteira do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 06/11/2023	23 - Indicação Clínica	90 - Indicador de Cobertura Especial
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql Solic.	28 - Ql Autoriz.

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 04	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	34 - Tipo de Consulta 1	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 04			
36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição			
1 06/11/2023 12:33	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 06/11/2023 12:35	22	40804062	RX - PATELA
3 06/11/2023 12:35	22	40804089	RX - ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO)
42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total			
001	1.0	100.00	100.00
001	1.0	36.72	36.72
001	1.0	35.64	35.64

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

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	5 - <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	7 - <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	9 - <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
1 - <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	3 - <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	6 - <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	8 - <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
2 - <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	4 - <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		10 - <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 172.36	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 172.36
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						

4462809

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

2 - Nº Guia no Prestador **14383**

Folha: 1 / 1

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

Dados do Beneficiário	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
8 - Numero da Carteira 11110319	ELLEN BEATRIZ REIS COSTA			

Dados do Solicitante	13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante LEONARDO ODEBRECHT	16 - Conselho Profissional 06	17 - Numero no Conselho 26780	18 - UF 41	19 - Código CBO 225225	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>cam 140955</i>
----------------------	---	--	--	---	---	----------------------	----------------------------------	--

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 06/11/2023	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 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 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 da Assistência (incidente 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 - Qtda.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Real / 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/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Numero no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
--	----------------	----------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

55 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
1 - <i>11/11/2023</i>	5 - <i>11/11/2023</i>	
2 - <i>11/11/2023</i>	6 - <i>11/11/2023</i>	
3 - <i>11/11/2023</i>	7 - <i>11/11/2023</i>	
4 - <i>11/11/2023</i>	8 - <i>11/11/2023</i>	
9 - <i>11/11/2023</i>	10 - <i>11/11/2023</i>	
11 - <i>11/11/2023</i>	12 - <i>11/11/2023</i>	

59 - Total Procedimentos (R\$)	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 Medicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Branda dos S. Bellini</i>	68 - Assinatura do Contratado				

8056310

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

2 - Nº Guia no Prestador **8056310**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira

11110319

9 - Validade da Carteira

ELLEN BEATRIZ REIS COSTA

10 - Nome

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

14 - Nome do Contratado

06

15 - Nome do Profissional Solicitante

LEONARDO ODEBRECHT

06

16 - Conselho Profissional

26780

17 - Numero no Conselho

41

18 - UF

225225

19 - Código CBO

41

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

cam 40959

21 - Caráter do Atendimento

06/11/2023

22 - Data da Solicitação

06/11/2023

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

23 - Indicação Clínica

2

24 - Tabela

1

22

40804089

40804052

RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)

RX - Patela

26 - Descrição

27 - Qt Solic.

1

28 - Qt Autoriz.

0

1

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

Dados do Contrato Escatante

29 - Código na Operadora

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. 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\$)

48 - Seq. Ref.

49 - G. Part.

50 - Código na operador/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Processamentos (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

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Conselho

71 - Assinatura do CBO

72 - Assinatura do CBO

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

101



Aluno: Ellen Beatriz Reis Costa
Nº da Carteirinha: 11.1.12758
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 23/12/2005

Nº da Guia: 14383

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/11/2023	21:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito, Joelho Esquerdo, Tornozelo Direito

Descrição

Aluno relata que estava participando de um jogo de basquete em um campeonato, a mesma estava correndo e tropeçou em uma menina e desequilibrou, virando o pé e caindo sobre os joelhos.

Testemunha da ocorrência

Telefone

(44) 99975-4469

Maria Luisa

Quem prestou primeiros socorros

Data

06/11/2023

Joserlania Pazette

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

Apresenta joelhos D com escoriações, Joelho esquerdo com edema e equimose, tornozelo D com edema, dificuldade de mobilidade e dor intensa ao exame físico. Encaminho para avaliação médica e conduta.

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: 8056310 Pedido: 2855590 Ac. Number: 3574328
Registro / Nome: ELLEN BEATRIZ REIS COSTA
Data de Nascimento: 23/12/2005 Idade: 17 anos, 10 meses e 13 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 06/11/2023 12:35:00 Laudado: 10/11/2023
07:34:12
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: VINICIUS MEDINA GUIMARAES

RX - TORNOZELO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7924885 DATA: 06/11/2023 12:33
USUÁRIO....: VMGUIMARAES
ATENDIMENTO: 8056310 DT NASC: 23/12/2005 (17A 10M 14D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 583629 - ELLEN BEATRIZ REIS COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/11/2023 10:55 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

entorse tornozelo direito com queda e trauma direto em joelho esq

pele com escoriações leves em joelho esq
pele íntegra torn direito
edema discreto joelho esq
edema +/4+ tornozelo direito
adm e fm preservados e levemente dolorosos em ambos membros avaliados
neurovas preservado

dor importante em ml e região inframaleolar lateral de tnz esq

pt
rx

8056310

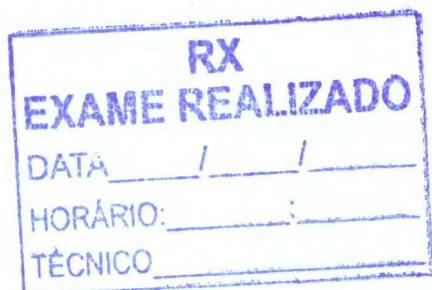
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: <i>direito</i>	1						
2 RX MEM INF JOELHO OU ROTULA:A.P. - LAT. - AXIAL Justificativa.: <i>esq</i>	1						

VISITA HOSPITALAR

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



VINICIUS MEDINA GUIMARAES
CRM-PR: 4.0959

PRESCRIÇÃO.: 7924928 DATA: 06/11/2023 12:49
USUÁRIO....: VMGUIMARAES
ATENDIMENTO: 8056310 DT NASC: 23/12/2005 (17A 10M 14D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 583629 - ELLEN BEATRIZ REIS COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/11/2023 10:55 0 DIAS(S) INT
MÉDICO.....: LEONARDO ODEBRECHT SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

Vinícius M. Guimarães
Ortopedia e Traumatologia
Unidade do Ombro e Cotovelo
VIMC 18952 / TEO 18652
CRM 18952
VINÍCIUS MEDINA GUIMARAES
CRM-PR: 4.0969

1.

PROCEDIMENTOS		Oxigênio: Início: _____; Fim: _____	Sondagem vesical de alívio
Canula end. Cirbalo n° _____	Drenagem torácica	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
	Eletrocardiograma	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
	Glicemia Capilar		
	Ventilação Mecânica: Início: _____; Fim: _____	Punção Lombor	Traqueostomia
		Punção Venosa – Adulto	Verificação de sinais vitais

REI ATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	P	T	R	SAT	DOR
						13:00hs, Pete Filata esteve pi D; falou E, Antem Rodzipas consultas, feito orientações e recuta, se- que de arda.

Oficina PR - 0011096
 Rec. Enfermagem
 Mariana Fortina da Silva

R GAH 020

Dados do Atendimento

Atendimento: 8056310 Data/Hora: 06/11/2023 10:55
Paciente: 583629 - ELLEN BEATRIZ REIS COSTA
Prestador: 1863 - LEONARDO ODEBRECHT
Origem: 98 - PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM

Prioridade: Baixa

Sexo: F Nasc.: 23/12/2005 (17a 10m 14d)

Especialidade: 11 - CIRURGIA GERAL

Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: RELATA ENTORSE PÉ D, JOELHO E, ONTEM.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT:100% R:17

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 114 x 74 mmHG Pulso: 75 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: AZUL

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 15.424.617

DATA DE EXPEDIÇÃO: 04/10/2018

NOME: ELLEN BEATRIZ REIS COSTA

FILIAÇÃO: SANDRO COSTA

DOURETE MARIA REIS COSTA

DATA DE NASCIMENTO: 23/12/2005

NATURALIDADE: ESTADOS UNIDOS

DOC. ORIGEM: COMARCA=ORTIGUEIRA/PR, DA SEDE

C.NASC=270, LIVRO=2E, FOLHA=136

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

902-18-00778

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA

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

{DADOS DO ATENDIMENTO}

Médico: LEONARDO ODEBRECHT
Data: 06/11/2023 10:55:19
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

CRM 26780

Padrão: CLINICA ADVENTISTA ENFERMARIA

Prontuario: 583629

Cd Atendimento: 8056310

Origem: PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM

Cart. Conv.: 11110319

Usua. Atend: LUCAS DA CRUZ SILVA

{PACIENTE / RESPONSÁVEL}

Paciente: ELLEN BEATRIZ REIS COSTA
Sexo: FEMININO
E. Civil: SOLTEIRO

Nascimento: 23/12/2005
Conjuge:

Idade: 17

C.P.F: 80148639925
Prof.: OUTROS TRAB. DOS SERVICOS
End.: GLEBA PAICANDU
Compl.: LOTE 31
Cidade: IVATUBA
Mãe: DOURETE MARIA REIS COSTA
Fone: 554298295299

Bairro: CENTRO

RG: 154246177

O. Emissor: SESP

Número: 80
CEP: 87130000
UF: PR

{RESPONSÁVEL}

Responsável: ELLEN BEATRIZ REIS COSTA

C.P.F: 80148639925
End: GLEBA PAICANDU 80

RG: 154246177

Prof: OUTROS TRAB. DOS SERVICOS

Compl:
Bairro: CENTRO
Fone: 98295299

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.