

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

2 - Nº Guia no Prestador 8067089000000

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 14521
4 - Data de Autorização 15/12/2023	5 - Senha 14521	8 - Número da Carteira 11410594	9 - Validade da Carteira 01/01/2030
10 - Nome HELOISA IAREMENCO DA SILVA			
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 - Número no Conselho 26780
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 15/12/2023	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 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		32 - Tipo Atendimento 04	
33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)		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 10/11/2023 15:35 15:35 22 40803120 RX - MÃO OU QUIRODACTILIO 2 10/11/2023 15:58 15:58 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO		42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total 001 1.0 35.64 001 1.0 100.00	
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 2 12 23876304000112 PLANTAO LOBAN CELSO GONCALVES		52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO 06 31.517 41 225270	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 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 OPME (R\$) 0.00	
63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00		64 - Total de Gases Medicionais (R\$) 0.00	
65 - Total Geral (R\$) 135.64		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	

4506574



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

2 - Nº Guia no Prestador 14521

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		

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 11410594	9 - Validade da Carteira	10 - Nome HELOISA IAREMENCO DA SILVA	11 - Número do Conselho Profissional Dr. Luiz Celso Gonçalves Ortopedia e Traumatologia Rua da Coluna Verde, 11 CEP: 81.517-110
-----------------------	------------------------------------	--------------------------	---	---

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 6	17 - Número no Conselho 26780	18 - UF 41	19 - Código CBO 225225	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--	---	---	---------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Realizados	21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 10/11/2023	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Anestésico 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0
--	---------------------------------	--	------------------------	---	--	----------------------	------------------------

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 (incidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Red / Acred. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
----------------------	-----------------------	--	-----------------------	--	---

Dados da Encargaria / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
---	-----------	------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)	48 - Seq. Ref.	49 - G.I. Part	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
---	----------------	----------------	------------------------------	---------------------------

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 Auspícios (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPMF (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gastos Medicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador **14521**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

11410594

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

HELOISA IAREMENDO DA SILVA

11 - Número da 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

LEONARDO ODEBRECHT

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

26780

18 - UF

41

19 - Código CBO

225285

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

10/11/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

40803120

26 - Descrição

RX - Mão ou quirodactílio

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Autoriz.

0

Assinatura do Profissional Solicitante
Leonardo Odebrecht

31 - Código CNES
9365230

Dados do Contrato Executado

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 (evento 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(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. P art

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

58 - Observação / Justificativa

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 Medicinais (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: Heloisa laremeno da Silva
Nº da Carteirinha: 11.4.10594
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 21/02/2002

Nº da Guia: 14521

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/11/2023	19:00:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	2º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna relata que estava descendo a escadaria molhada em direção a FAP, quando a mesma escorregou e caiu sentada sobre a mão esquerda. Relata que sentiu muita dor no momento e edema se apresentou rápido. Apresenta edema e equimose em 2º dedo da mão esquerda, relata dor na região e dificuldade para movimentar.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jenifer	(47) 99260-8159

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Junior	10/11/2023

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 ortopédica e conduta.

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Ass.:

Joselania 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: 8067089 Pedido: 2859073 Ac. Number: 3578908
Registro / Nome: HELOISA IAREMENCO DA SILVA
Data de Nascimento: 21/02/2002 Idade: 21 anos, 8 meses e 19 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 10/11/2023 15:35:00 Laudado: 13/11/2023
14:52:06
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: LUAN CELSO GONCALVES R

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7935952 DATA: 10/11/2023 15:58
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8067089 DT NASC: 21/02/2002 (21A 8M 19D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 618235 - HELOISA IAREMENCO DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/11/2023 15:04 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

8067089

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

2 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

1

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM-PR: 31.517 / TEOT 1907

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517

PRESCRIÇÃO.: 7935889 DATA: 10/11/2023 15:34
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8067089 DT NASC: 21/02/2002 (21A 8M 19D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 618235 - HELOISA IAREMENCO DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/11/2023 15:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA 2ºQDE

NEUROVASCULAR OK
SEM CREPITAÇÕES OU DEFORMIDADES
ADM COMPLETA

CD:
- RX

8067089

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
--	-----	---------	----	-----	------------	------	----------

1	RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1					
---	---------------------------------	---	--	--	--	--	--

Justificativa.: AP + PERFIL 2QDE

RX
EXAME REALIZADO
DATA: ____/____/____
HORÁRIO: ____:____:____
TÉCNICO: _____

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR: 31.517 / TEOT 15107

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517

PST / ortio

Dados do Atendimento

Atendimento: 8067089 Data/Hora: 10/11/2023 15:04 Prioridade: Baixa
Paciente: 618235 - HELOISA IAREMENCO DA SILVA Sexo: F Nasc.: 21/02/2002 (21a 8m 19d)
Prestador: 1863 - LEONARDO ODEBRECHT Especialidade: 11 - CIRURGIA GERAL
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 2 - CIRURGIA GERAL

Clinica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: REFERE QUEDA COM TRAUMA EM MÃO ESQ HA 1 DIA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT: 98% FR 17 DOR 4
Alergias: NEGA

ZQDE
Falange proximal
Edema + hemst.

Sinais Vitais

P.A.: 100 x 60 mmHG Pulso: 90 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: LEONARDO ODEBRECHT
Data: 10/11/2023 15:04:20
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

CRM 26780

Padrão: COLEGIO ADVENTISTA ENFERMARIA

Prontuario: 618235

Cd Atendimento: 8067089

Origem: PRONTO SOCORRO HBSM

Cart. Conv.: 11.4.10594

Usua. Atend: EMILENE THOMAZ DE ARRUDA

{PACIENTE / RESPONSÁVEL}

Paciente: HELOISA IAREMENCO DA SILVA
Sexo: FEMININO
E. Civil.: SOLTEIRO

Nascimento: 21/02/2002
Conjuge:

Idade: 21

C.P.F.: 13122442914
Prof.: OUTROS TRAB. DOS SERVICOS
End.: RUA GLEBA PAICANDU
Compl.: Bairro:
Cidade: IVATUBA
Mãe: ANGELINA IAREMENCO DA SILVA
Fone: 5547996935779

RG: 6945548

O. Emissor: SESP

Número: 93

CEP: 87130000

UF: PR

{RESPONSÁVEL}

Responsável: HELOISA IAREMENCO DA SILVA
C.P.F.: 13122442914 RG: 6945548
End.: RUA GLEBA PAICANDU 93
Compl.:
Bairro:
Fone: 996935779

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.