

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

2 - Nº Guia no Prestador 8094780000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização
15/12/2023

5 - Senha
14840

6 - Data de Validade da Senha
14840

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
14840

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
1118978

9 - Validade da Carteira
01/01/2030

89 - Nome Social

10 - Nome
ISABELY SOUZA SILVA

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
38632

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante
ANDRE ALBERTI CASADEI

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
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

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

91 - Regime de Atendimento
04

92 - Saúde Ocupacional

31 - Código CNES
9365230

Dados do Exame / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

48 - Sg. Ref. 49 - Gf. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
209.09

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\$)
209.09

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

2 - Nº Guia no Prestador 14840

Folha: 1 / 1



1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome ISABELY SOUZA SILVA	11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde	

Dados do Beneficiário	8 - Numero da Carteira 11189978	9 - Validade da Carteira	13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE ALBERTI CASADEI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 38632	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	27 - Qt. Solic. 1	28 - Qt. Autoriz. 0
-----------------------	------------------------------------	--------------------------	--	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---	----------------------	------------------------

Dados do Solicitante	21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 27/11/2023	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101035	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CHES 9365230
----------------------	---------------------------------	--	------------------------	---	--	--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (paciente 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 - Qtd. 43 - Via 44 - Tcc	45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
----------------------	-----------------------	---	-----------------------	--	---	--	----------------	--------------------------------	--	------------------------

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 - Tcc	45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	---	--	----------------	--------------------------------	--	------------------------

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(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	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 OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gastos 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 Profissional	71 - Assinatura do Profissional	72 - Assinatura do Profissional	73 - Assinatura do Profissional	74 - Assinatura do Profissional	75 - Assinatura do Profissional
---	--	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador 14840

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

118978

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ISABELY SOUZA SILVA

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

15 - Nome do Profissional Solicitante

ANDRE ALBERTI CASADEI

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

38632

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

28/11/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

22

40803120

30722420

25 - Código do Procedimento ou

Item Anamnese

RX - Mão ou quirodactilo

Fraturas e/ou luxações de falanges (interfalangeanas) - reducao incorre

27 - Qt. Solic

1

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

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 (acidente 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

31 - Código CNES
9365230

42 - Dide

43 - Via

44 - Tec

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (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

Impresso por: ISACSILVA

Data/Hora: 28/11/2023 08:26:15

Contato: 8094780

Atendimento: 8094780

Convênio: INST ADVENTISTA-IAP

8094780

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabely Souza Silva
Nº da Carteirinha: 11.1.8978
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 03/02/2012

Nº da Guia: 14840

Razão Social: Instituição
Adventista Sul Brasileira de Saúde

CNPJ: 15.116.763/0004-12

Alameda Júlia da Costa 1447, Bigorriho,
CEP: 80.730-070

Curitiba-PR

(41) 99519118 (41)32402935

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/11/2023	14:10:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna relata que estava participando da aula de educação física e em uma brincadeira de correr, tropeçou e caiu batendo a mão no chão, torcendo o 5º dedo da mão esquerda, relata que sentiu uma dor forte no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Dayane	(44) 99710-4168

Quem prestou primeiros socorros	Data
Erica Giacomolli	27/11/2023

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

Apresenta 5º dedo da mão esquerda com edema, equimose e dificuldade para esticá-lo. Relata dor intensa no local. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

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:	8094780	Pedido:	2869032	Ac. Number:	3591778
Registro / Nome:	ISABELY SOUZA SILVA				
Data de Nascimento:	03/02/2012	Idade:	11 anos, 9 meses e 22 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	27/11/2023 18:35:00			Laudado:	28/11/2023
				10:48:07	
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	ANDRE ALBERTI CASADEI				

RX - MÃO ESQUERDA

- Fratura da falange proximal do V quirodáctilo esquerdo.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7976027 DATA: 27/11/2023 18:34
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 8094780 DT NASC: 03/02/2012 (11A 9M 24D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 619533 - ISABELY SOUZA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/11/2023 18:11 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: ANDRE ALBERTI CASADEI SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

QUEDA DO MESMO NIVEL HOJE COM TRAUMA DIRETO EM REGIAO DE MAO ESQUERDA
NEGA TCE

EFO - PELE INTEGRAL / EDEMA E EQUIMOSE EM REGIAO DE 5QDE / DESVIO ROTACIONAL / ADM DOLOROSA / DOR A
PALPAÇÃO DE FALANGE PROXIMAL / NV PRESERVADO

PT - SOLICITO RX / REAVLIO APOS

8094780

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						
Justificativa.: ESQ							

VISITA HOSPITALAR

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

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA

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

{DADOS DO ATENDIMENTO}

Médico: ANDRE ALBERTI CASADEI

CRM :38632

Data: 27/11/2023 18:11:33

Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

Padrão: COLEGIO ADVENTISTA ENFERMARIA

Cd Atendimento: 8094780

Prontuario: 619533

Origem: PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM

Cart. Conv.: 1118978

Usua. Atend: MARIANA DA SILVA MENDES

{PACIENTE / RESPONSÁVEL}

Paciente: ISABELY SOUZA SILVA

Sexo: FEMININO

Nascimento: 03/02/2012

Idade: 11

E. Civil.: SOLTEIRO

Conjuge:

C.P.F:

RG:

O. Emissor:

Prof.:

End.: ATUALIZAR

Número: 93

Compl.:

Bairro: ZONA 04

CEP: 87015020

Cidade: MARINGA

UF: PR

Mãe: CRISTIANE DE SOUZA SILVA

Fone: 554430321818

{RESPONSÁVEL}

Responsavel: CIRINEU BRITO SILVA

C.P.F: 45560668915

RG: 21642754

Prof:

End: INDEPENDENCIA 93

Compl:

Bairro: ZONA 04

Fone: 30321818

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.

Atendimento: 8094780 - ISABELY SOUZA SILVA Lote: 4486049 - INST.ADVENTISTA-IAP

Paciente.: ISABELY SOUZA SILVA
Convenio.: 10 - INST.ADVENTISTA-IAP
Plano.: COLEGIO ADVENTISTA ENFERMARIA Sub Plano.:
Medico/CRM: ANDRE ALBERTI CASADEI / 38632 Guia.: 14840 Validade.: 27/11/2023
Carteira.: 1118978 Validade.: 31/12/2023
Titular.: ISABELY SOUZA SILVA : ATUALIZAR

Procedimento: 10101039 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
RADIODIAGNOSTICO	59,34	0,00	0,00	0,00	1,87	61,21
CONSULTAS MEDICAS / OUTROS PROCEDIM	80,01	0,00	0,00	0,00	0,00	80,01
REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS	121,09	0,00	0,00	0,00	0,00	121,09
Total da Conta:						262,31

RADIODIAGNOSTICO

439 RADIOLOGIA (PARCERIA) - HBSM

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO	EXAME	1	61,2100	61,21
Total :				61,21

CONSULTAS MEDICAS / OUTROS PROCEDIMENTOS

437 PRONTO SOCORRO - HBSM

Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10101039 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA ANDRE ALBERTI CASADEI - 38632 16452133829	UN CLINICO	1	80,0100	80,01
Total :				80,01

REPASSE DE SERVICOS DE TERCEIROS

437 PRONTO SOCORRO - HBSM

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
27/11/2023	52090299 FRATURAS E/OU LUXAÇÕES DE FALANGES (INTERFALA ATO ANDRE ALBERTI CASADEI - 38632 16452133829	CLINICO	100,00%	1	121,0950	121,09
Total :						121,09

Total Geral: 262,31