

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

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

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
15/12/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.

Dados do Contratado
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

91 - Regime de Atendimento
04

92 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36-Data	37-Hr. Inicial	38-Hr. Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qlde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Tot
1 27/11/2023	18:34	18:34	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	100.00	100.00
2 27/11/2023	18:35	18:35	22	40803120	RX - MÃO OU OUTRO DACTILO	001			1.0	35.64	35.64
3 27/11/2023	19:49	19:49	22	30722420	FRATURAS E/OU LUXACOES DE FALANGES (INTERFALANGEAN	001	1	1	1.3	73.45	73.45

Identificação do(a) Profissional(is) Executante(s)
48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional
1 12 23876304000112 ANDRE ALBERTI CASADEI
3 12 23876304000112 ANDRE ALBERTI CASADEI

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 -
2 -
3 -
4 -

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

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	48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
---	----------------	----------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)	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\$)
---	--	--	---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------------------

ISABELY SOUZA SILVA
Dt. Nasco: 03/02/2012 Sx: F
Pront: 619533 Dt: 27/11/2023
INST. ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVENT.
8094780



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

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Anamnese

26 - Descrição

27 - Mão ou quirodactilo

28 - Falanges (interfalangeanas) - reducao incorre

29 - Qt. Solic

30 - Qt. Autoriz

31 - Valor Total (R\$)

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 - Dose

43 - Via

44 - Tec

45 - % Red / 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/CNPJ

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 de Realização de Procedimento em Série

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 - Assinatura do Contratado

66 - Total Geral (R\$)

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.

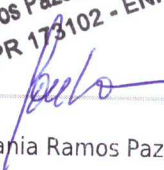
Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Dayane	(44) 99710-4168

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.: 
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:	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

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

2 - Nº Guia no Prestador 8070975000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 15/12/2023	5 - Senha 14584
6 - Data de Validade da Senha 14584	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 14584
8 - Número da Carteira 11112748	9 - Validade da Carteira 01/01/2030
10 - Nome JULIA REIS SANTA ROSA	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 NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 038877
18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 15/12/2023	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 25	25 - Código do Procedimento 26 - Descrição	27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado	29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
31 - Código CNES 9366230		

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	36 - Regime de Atendimento 04	37 - Saúde Ocupacional		
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados								
38 - Data 1 13/11/2023 2 13/11/2023 3 13/11/2023	39 - Hr. Inicial 20:32 20:32 21:16	40 - Procedimento 22 22 22	41 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO RX - ARTICULAÇÃO TIBIOTARSAICA (TORNOZELO) LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO -	42 - Qlde. 001 001 001	43 - Via 1 1 1	44 - Fator R/Acr 1.3 1.0 1.3	45 - Valor Unitário 100.00 35.64 119.60	46 - Valor Total 100.00 35.64 119.60

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)	48 - Sq. Ref. 1 3	49 - Gr. Part 12 12	50 - Cod na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 23876304000112 NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID	52 - Conselho Prof 06 06	53 - Número no Conselho 038877 038877	54 - UF 41 41	55 - Código CBO 225270 225270
---	-------------------------	---------------------------	--	--------------------------------	---	---------------------	-------------------------------------

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa					
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -						
59 - Total de Procedimentos (R\$) 255.24	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 Medicinas (R\$) 0.00	65 - Total Geral (R\$) 255.24
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/PSADT

2 - Nº Guia no Prestador 8070975

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

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
JULIA REIS SANTA ROSA

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
N

8 - Numero da Carteira
0000000002

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID

16 - Conselho Profissional
6

17 - Numero no Conselho
038877

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
13/11/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

38874

JULIA REIS SANTA ROSA
Dt. Nasc: 17/06/2008 Sx: F
Pront: 618440 Dt: 13/11/2023
INST. ADVENTISTA-TAP / COLEGIO NOVEN
8070975

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 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 - Qtd. 43 - Via

44 - Téc.

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

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Sen. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CNPJ

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

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 -

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 Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por ACIBOZOLLA

Data/Hora: 13/11/2023 20:29:10

Cartão/Lote: 8070975

Atendimento: 8070975

Convênio: INST. ADVENTISTA-TAP

8070975



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

2 - Nº Guia no Prestador 52150240

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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
0000000002

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
JULIA REIS SANTA ROSA

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
NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
038877

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
14/11/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou
Item Assistencial
22 40804089
30728134

26 - Descrição
RX - Articulacao fibiolarica (tornozelo)
Lesoes ligamentares agudas ao nivel do tornozelo - tratamento incruent

27 - Qt Solic
1
28 - Qt Autoriz
0
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 - Cidade

43 - Via

44 - Tec

45 - % Real / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Excitante(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 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: ISAC SILVA

Data/Hora: 14/11/2023 10:01:17

Contat. Cde: 8070975

Atendimento: 8070975

Convênio: INST ADVENTISTA-LAP

8070975

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Julia Reis Santa Rosa
Nº da Carteira: 11.1.12748
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 17/06/2008

Nº da Guia: 14584



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
13/11/2023	17:46:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

Aluna em aula de educação física. Refere forte dor em MIE em região maleolar. Apresenta dificuldade para deambular.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Júnior	13/11/2023

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

Ass.:

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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: 8070975 **Pedido:** 2860718 **Ac. Number:** 3580999
Registro / Nome: JULIA REIS SANTA ROSA
Data de Nascimento: 17/06/2008 **Idade:** 15 anos, 4 meses e 25 dias **Sexo:** F
00:00:00
Pedido do Exame: 13/11/2023 20:32:00 **Laudado:** 14/11/2023
10:37:13
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID

RX - TORNOZELO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7943178 DATA: 13/11/2023 20:32
USUÁRIO....: NAEMSAID
ATENDIMENTO: 8070975 DT NASC: 17/06/2008 (15A 4M 28D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 618440 - JULIA REIS SANTA ROSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/11/2023 20:28 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1ª VIA

Rubrica do
Médico

8070975

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

- 1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO
TIBIO-TARSICA)
Justificativa.: ESQ

Qtd. Unidade SN Apl. Frequência Data Horários

VISITA HOSPITALAR

- 2 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

Qtd. Unidade SN Apl. Frequência Data Horários

NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 038877

PRESCRIÇÃO.: 7943245 DATA: 13/11/2023 21:16
USUÁRIO....: NAEMSAID
ATENDIMENTO: 8070975 DT NASC: 17/06/2008 (15A 4M 28D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 618440 - JULIA REIS SANTA ROSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/11/2023 20:28 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RAIO X SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO NO MOMENTO

PLANO TERAPEUTICO:
ALTA COM ANALGESIA
IMOBILIZAÇÃO COM ROBOFOOT
ATESTADO 5 DIAS
GELO NO LOCAL
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

8070975

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 TORNOZELO, LESAO LIGAMENTO AGUDA AO NIVEL - INCRUE	1					[13/11] . 21:16

NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID
CRM-PR: 038877

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

JULIA REIS SANTA ROSA
Dt. Naso: 17/06/2008 Sx: F
Pront: 618440 Dt: 13/11/2023
INST. ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVEN

SALA DE EMERGÊNCIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

8070975

Data de Nascimento

17 / 06 / 2008

Convênio

Adventista IAP

Aterdimento

8070975

Data do Atendimento

13 / 11 / 23

Origem



SIATE



SAMU



HUMANA

PROCURA
ESPONTÂNEA

OUTROS

Tipo de Ocorrência



TRAUMA



AGRESSÃO



QUEDA

Mecanismo

☐ ATROPELAMENTO☐ AUTO X CAMINHÃO☐ CLÍNICO☐ FAB☐ QUEIMADURA☐ QUEDA MOTO☐ AUTO X AUTO☐ ORTOPEDIA☐ FAF☐ AFOGAMENTO☐ QUEDA BICICLETA☐ OUTROS:☐ AUTO X MOTOEJETADO ☐ SIM ☐ NÃO

NEUROLÓGICO



AUSENTE



CONSCIENTE



CONFUSO



AGITADO



DESCONEXO



INCOMPREENSÍVEL

RESPIRATÓRIO



AUSENTE



EUPNEICO



TAQUIPNEICO



BRADIPNEICO



ASSISTIDA

CIRCULATÓRIO



AUSENTE



NORMOCARDICO



BRADICARDICO



TAQUICARDICO

VIAS AÉREAS



LIVRE



OBSTRUÇÃO PARCIAL



OBSTRUÇÃO TOTAL



EDEMA DE GLOTE

PELE



NORMAL



PALIDEZ



CIANOSE



ICTERÍCIA



QUENTE/SECA



FRIA/PEGAJOSA

DADOS VITAS

HORÁRIO:

PA:

BPM:

FR:

SPO2:

T°:

Glasgow



Escala de Dor: _____

COMORBIDADES



HAS



DM



CARDIOPATA



NÃO



NEFROPATA



HEPATOPATA



OUTRAS

Qual(is) _____

ALERGIAS



SIM

Qual(is) _____

PRINCIPAIS LESÕES



ESCORIAÇÃO



CONTUSÃO



LACERAÇÃO



LUXAÇÃO



FRAT.FECHADA



FRAT.EXPOSTA



F.C.C

LOCAL: _____

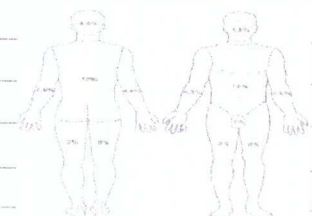
QUEIMADOS

TIPO DE QUEIMADURA: () TEMPERATURA () RADIAÇÃO () QUÍMICA

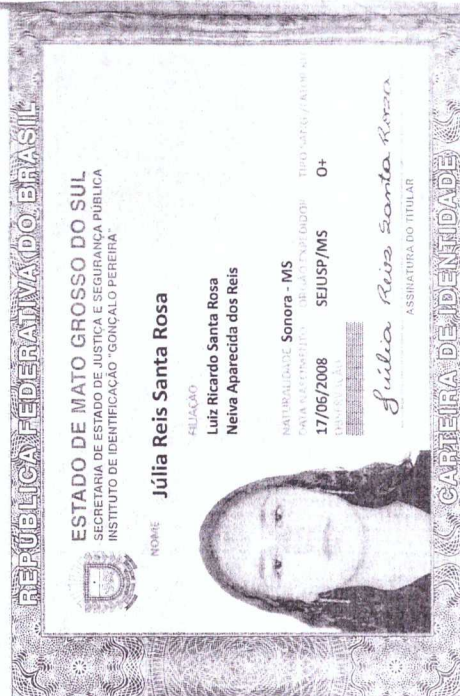
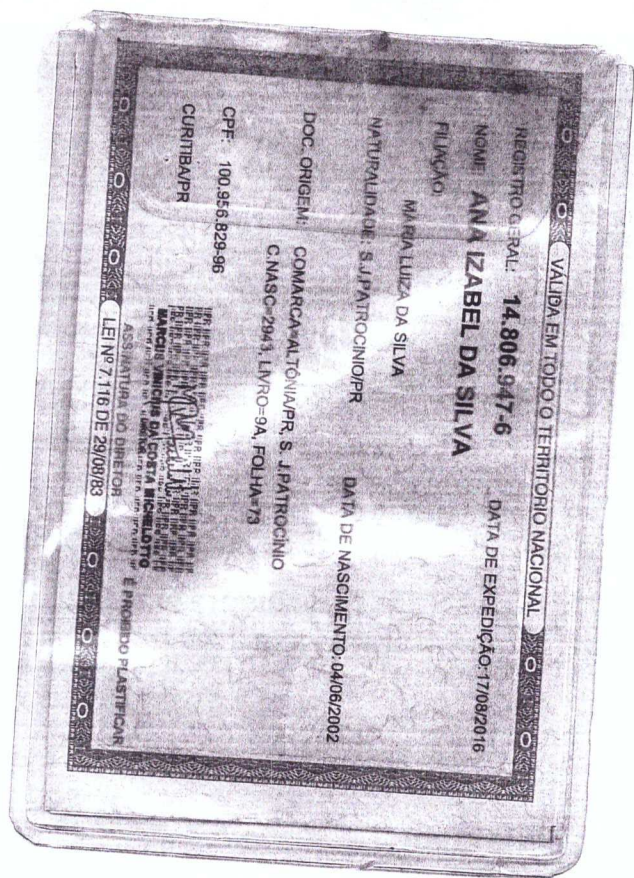
() ELÉTRICA

() BIOLÓGICA

PROFUNDIDADE OU GRAU: () 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU

☐ Internação☐ Alta☐ Óbito☐ Contra referência

Responsável: _____ Coren: _____



Atendimento: 8070975 - JULIA REIS SANTA ROSA Lote: 4472234 - INST.ADVENTISTA-IAP

Paciente.: JULIA REIS SANTA ROSA
Convenio.: 10 - INST.ADVENTISTA-IAP
Plano.....: COLEGIO ADVENTISTA ENFERMARIA Sub Plano.:
Medico/CRM: NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID / 038877 Guia.....: 8070975 Validade.: 14/11/2023
Carteira.: 0000000002 Validade.: 31/12/2023
Titular.: JULIA REIS SANTA ROSA : GLEBA PAICANDU

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	195,80	0,00	0,00	0,00	0,00	195,80
Total da Conta:						337,02

RADIODIAGNOSTICO

439 RADIOLOGIA (PARCERIA) - HBSM

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
40804089 ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO)	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 NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SA - 038877 05267335940	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
13/11/2023	52150240 LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNO ATO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SA - 038877 05267335940	CLINICO	100,00%	1	195,8060	195,80
					Total :	195,80

Total Geral: 337,02