

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

2 - Nº Guia no Prestador 8085054000000

mero da Guia Principal

Folha: 1 / 1

423

14723

6 - Data de Validade da Semte

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
14723

4316337

9 - Validade da Carteira
01/01/2030

89 - Nome Social

MARIA EDUARDA RODRIGUES RAMOS

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
35946

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira 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 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

90 - Indicador de Cobertura Especial

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Tipo Atendimento
04

32 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)
9

33 - Tipo de Consulta
1

34 - Motivo de Encerramento do Atendimento
04

35 - Regime de Atendimento
04

36 - Saúde Ocupacional

37 - Código CNES
9365230

38 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição
1 22/11/2023 11:32 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO
2 22/11/2023 11:43 22 40101010 ECG CONVENCIONAL DE ATE 12 DERIVACOES

42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total
001 1,0 100,00 100,00
001 30,00 30,00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48-Sq. Ref. 49-Gr. Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional

23876304000112

MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES

52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO
06 035946 41 225225

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

58 - Observação / Justificativa
5 - - - - - 6 - - - - -
7 - - - - - 8 - - - - -
9 - - - - - 10 - - - - -

59 - Total de Procedimentos (R\$)
130,00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0,00

61 - Total de Materiais (R\$)
8,46

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\$)
138,46

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: FDPALUA

Data/Hora: 15/12/2023 16:31:37

Controle: 4506585

Atendimento: 8085054

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADI e Resumo de Internação)

1 - Registro ANS	2 - Número da Guia Referenciada
000000	14723
Dados do Contratado Excitante	
3 - Código na Operadora	4 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
5 - Código CNES	
9365230	
Despesas Realizadas	
6-CD 7-Data 8-Hora Inicia 9-Hora Final 10-Tabela 11-Código do Item 12-Qtde. 13-Unidade de Medida 14-Fator Red. / Acresc. 15-Valor Unitário - R\$ 16-Valor Total - R\$	
17- Registro ANVISA do Material 18-Referência do material no fabricante	
1 - 03 22/11/2023 10:22:52 a 10:22:52 19 70852057 1 036 1.00 1.48 1.48	
20 - Descrição: BD MICROTAINER CONTACT-ACTIVATED LANCET - BD Microtainer Contact Activated Lancet 1,8mm x 21G (0,81m	
2 - 03 22/11/2023 11:41:00 19 70001740 1 036 1.00 6.98 6.98	
20 - Descrição: TIRA TESTE GLICEMIA ACCU-CHEK ACTIVE	

21 - Total de Gases Medicinais (R\$)	22 - Total de Medicamentos (R\$)	23 - Total de Materiais (R\$)	24 - Total de OPME (R\$)	25 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	26 - Total de Diárias (R\$)	27 - Total Geral (R\$)
0.00	0.00	8.46	0.00	0.00	0.00	8.46

Impresso por: FDPAULA

Data/Hora: 15/12/2023 16:31:40

Contato/Lote: 4506585

Atendimento: 8085054

Convênio/CLINICA ADVENTISTA - CLAC

4506585



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

2 - Nº Guia no Prestador 14723

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 Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
4316337

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MARIA EDUARDA RODRIGUES RAMOS

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde
898004856339984

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

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

23876304000112

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional
6

17 - Numero no Conselho
35946

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
22/11/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

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

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
relacionado)

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 Unidade (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

48 - Sesi. Ref.

49 - Gf. Part

50 - Código na operacional/CPF

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 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

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

Impresso por: ETARRUDA

Data/Hora: 22/11/2023 10:23:25

Cartão QR: 8085054

Atendimento: 8085054

Convênio: INST ADVENTISTA-IAP

8085054



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

2 - Nº Guia no Prestador 8085054

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MARIA EDUARDA RODRIGUES RAMOS

11 - Numero da Cartão Nacional de Saúde

898004856339984

12 - Atendimento a RN

N

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES

16 - Conselho Profissional

6 35946

17 - Numero no Conselho

41 225225

18 - UF

41 225225

19 - Código CBO

41 225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

uf 35946

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql Solic

28 - Ql Autoriz

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente ou doença

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 - Qlde

43 - Via

44 - Tec

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq Ref

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/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 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

Impresso por: CFSILVA

Data/Hora: 22/11/2023 20:52:30

Contato: 8085054

Atendimento: 8085054

Convenio: INST ADVENTISTA/SP

8085054

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Eduarda Rodrigues Ramos
Nº da Carteira: 4.31.6337
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 23/06/2008

Nº da Guia: 14723



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/11/2023	09:52:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Desmaio	Olho Direito, Olho Esquerdo, Cabeça

Descrição

Aluna desmaiou durante aula de educação física, reclamou de visão turva e dor de cabeça.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	22/11/2023

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

Aluna foi atendida pelo coordenador disciplinar que fez atendimento de primeiros socorros. Foi feito contato com o responsável.

Ass.: _____

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

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

22/11/2023 10:55

PRESCRIÇÃO.: 7964075 DATA: 22/11/2023 12:19
USUÁRIO....: PMTNRODRIGUES
ATENDIMENTO: 8085054 DT NASC: 23/06/2008 (15A 4M 30D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 406008 - MARIA EDUARDA RODRIGUES RAMOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.. 22/11/2023 10:22 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO

ECG EM RITMO SINUSAL, SEM SINAIS DE ISQUEMIA
HGT 90MG/DL
PACIENTE ASSINTOMÁTICA NO MOMENTO

PLANO TERAPEUTICO:

- ORIENTO SOBRE QUADRO CLINICO E NECESSIDADE DE INGESTA ALIMENTAR
- RECEITA COM SINTOMÁTICOS
- ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO SE NECESSÁRIO
- ALTA HOSPITALAR

8085054

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA

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

4	ALTA MELHORADA				
---	----------------	--	--	--	--


PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES
CRM-PR: 35946.

TAXA DE SALA

8085054

Quant.	Mat.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
Abocath nº		Compr. de gase 7.5 x 7.5 (setor) - un		Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº
Água Oxigenada - ml		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Estensofix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº
Aguilha descartável 25x7		Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias nº
Aguilha descartável 40x12		Cateter Central		PVPI degermanite		Sonda Uretral nº
Álcool Iodado - ml		Dreno de Tórax nº		PVPI tópico		Sonda Nasogástrica longa nº
Atadura algodão ortopédica 10cm		Eletrodo desc. de pape l- unidade		Clorexedina Alcodica		Sonda Nasoentrel
Atadura algodão ortopédica 20cm		Equipo Macrogotas		Seringa descartável s/ag3ml		Bolsa Coletora Sistema Fecha
Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Equipo Bomba		Seringa Descartável s/ag5ml		Coletor Sistema Aberto
Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo BIC Foto		Seringa Descartável s/ag10ml		Tala de Alumínio P () M () (
Atadura gessada 10cm		Escalepe nº		Seringa Descartável s/ag20ml		Cateter Tipo óculos
Atadura gessada 20cm		Fio Catgut simples nº		Seringa Descartável s/ag60 ml		Xylocaina gel
Benzina - ml		Fio Mononylon nº		Seringa Insulina		
Bolsa de colostomia descartável		Lâmina de bisturi nº	01	Lanceta		
Cadargo - 100cm		Lâmina pl tricotomia				
Cânula end. S/balão nº		Malha Tubular nº				
Cânula end. C/balão nº						

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Drenagem torácica	Oxigênio: Início: : Fim: :	Sondagem vesical de alívio
Aplicação IM	Eletrocardiograma	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Aspiração	Glicemia Capilar	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Cardioversão elétrica	Ventilação Mecânica: Início: : Fim: :	Punção Lombar	Traqueostomia
Curativo P () M () G ()	Monitorização Cardíaca: Início: : Fim: :	Punção Venosa - Adulto	Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

12:04 Desmame, denture e furocose vesical e ligado cateter e Hgt, aguardando curatela

Thaulye Bezerra Silva
CORRENTE 629186

Dados do Atendimento

Atendimento: 8085054 Data/Hora: 22/11/2023
Paciente: 406008 - MARIA EDUARDA RODRIGUES RAMOS Sexo: F Nasc.: 23/06/2008 (15a 4m 30d)
Prestador: 6345 - PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES Especialidade: 11 - CIRURGIA GERAL
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 2 - CIRURGIA GERAL

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: RELATA 5 EPISODIOS DE SINCOPE HOJE, SEM SINTOMAS NO MOMENTO

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 99% FR 22 DOR

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 103 x 68 mmHG Pulso: 79 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:

Sistema Secretaria Escolar
Colégio Adventista de Maringá - Zona 4
Ficha Cadastral / Matrícula

Dados do Aluno

Ano: **2023**

Data Matrícula: **14/12/2022**

Nome: **Maria Eduarda Rodrigues Ramos (6337)** Curso: **1ª Ano - Ensino Médio** Turma: **EM1MA**
Sexo: **F** Data Nascimento: **23/06/2008** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **M**
Naturalidade: **Maringá** UF: **PR** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Rua Adolfo Alves Ferreira, 393** Complemento:
Bairro: **Vila Marumby** Cidade: **Maringá** UF: **PR** CEP: **87005-250**
Cert. Nascimento:
Cert. Nascimento Livro: **A-353** Cert. Nascimento Folha: **299**
Cert. Nascimento Termo: **112035**
Cert. Nascimento Cartório: **1º Serviço Registral 5º Tabelionato de Notas**
Cert. Nascimento Cidade: **Maringá** Cert. Nascimento UF: **PR**
Identidade: **16264323-1** O.Exp: **ssp** UF: **PR** Data: **17/08/2022** CPF: **119713039-09** INEP: **123522658352**
E-Mail:
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Religião: **Evangélica**
Nº:
Telefones: Residencial: **44 30472660** | Celular: **44997094090** |
Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **768752459-49** Nome: **Eduardo Henrique Ramos** Naturalidade: **Maringá - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **03/06/1971** Estado Civil: **Casado** Identidade: **50996670** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **09/09/1987**
Grau de Instrução: **Superior completo** Endereço: **Rua Adolfo Alves Ferreira, 393**
Complemento: Bairro: **Vila Marumby** Cidade: **Maringá** UF: **PR** CEP: **87005-250**
Cx. Postal: E-Mail: **ramosehenrique@gmail.com** Religião: **Católica**
Telefones: Residencial: **44 30472660** | Celular: **4499765160** |

Dados da Mãe

CPF: **052976399-05** Nome: **Janaina Rodrigues dos Santos** Naturalidade: **Maringá - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **09/11/1984** Estado Civil: **Casado** Identidade: **9064852-7** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **23/06/2000**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Adolfo Alves Ferreira, 393**
Complemento: Bairro: **Vila Marumby** Cidade: **Maringá** UF: **PR** CEP: **87005-250**
Cx. Postal: E-Mail: **janainasantos784@gmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Residencial: **44 30472660** | Celular: **44997094090** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **052976399-05** Nome: **Janaina Rodrigues dos Santos** Naturalidade: **Maringá - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **09/11/1984** Estado Civil: **Casado** Identidade: **9064852-7** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **23/06/2000**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Adolfo Alves Ferreira, 393**
Complemento: Bairro: **Vila Marumby** Cidade: **Maringá** UF: **PR** CEP: **87005-250**
Cx. Postal: E-Mail: **janainasantos784@gmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Residencial: **44 30472660** | Celular: **44997094090** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **052976399-05** Nome: **Janaina Rodrigues dos Santos** Naturalidade: **Maringá - PR** Nacionalidade: **Brasileira**
Nascimento: **09/11/1984** Estado Civil: **Casado** Identidade: **9064852-7** O. Exp: **SSP** UF: **PR** Data Emissão: **23/06/2000**
Grau de Instrução: **Ensino Médio completo** Endereço: **Rua Adolfo Alves Ferreira, 393**
Complemento: Bairro: **Vila Marumby** Cidade: **Maringá** UF: **PR** CEP: **87005-250**
Cx. Postal: E-Mail: **janainasantos784@gmail.com** Religião: **Evangélica**
Telefones: Residencial: **44 30472660** | Celular: **44997094090** |

Deferimento

Data: ____/____/____

[] Deferido [] Indeferido

Adriano Michael Gomes

Cássia de Sousa Barbosa

Responsável

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA

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

{DADOS DO ATENDIMENTO}

Médico: PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUE:

CRM :35946.

Data: 22/11/2023 10:22:52

Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

Padrão: COLEGIO ADVENTISTA ENFERMARIA

Cd Atendimento: 8085054

Prontuario: 406008

Origem: PRONTO SOCORRO HBSM

Cart. Conv.: 4.31.6337

Usua. Atend: EMILENE THOMAZ DE ARRUDA

{PACIENTE / RESPONSÁVEL}

Paciente: MARIA EDUARDA RODRIGUES RAMOS

Sexo: FEMININO

Nascimento: 23/06/2008

Idade: 15

E. Civil.: SOLTEIRO

Conjuge:

C.P.F.: 11971303909

RG:

O. Emissor:

Prof.: MENOR

End.: RUA ADOLFO ALVES FERREIRA

Número: 393

Compl.: APTO 301

Bairro: VILA MARUMBY

CEP: 87005250

Cidade: MARINGA

UF: PR

Mãe: JANAINA RODRIGUES DOS SANTOS

Fone: 4497094090, 4484020635

{RESPONSÁVEL}

Responsável: MARIA EDUARDA RODRIGUES RAMOS

C.P.F.: 11971303909

RG:

Prof.: MENOR

End.: ADOLFO ALVES FERREIRA 393

Compl:

Bairro: VILA MARUMBY

Fone: 97094090

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), efetuei 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: 8085054 - MARIA EDUARDA RODRIGUES RAMOS Lote: 4481030 - INST.ADVENTISTA-IAP

Paciente.: MARIA EDUARDA RODRIGUES RAMOS
Convenio.: 10 - INST.ADVENTISTA-IAP
Plano.....: COLEGIO ADVENTISTA ENFERMARIA Sub Plano.:
Medico/CRM: PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES / 35946. Guia.....: 14723 Validade...: 22/11/2023
Carteira...: 4.31.6337 Validade.:31/12/2024
Titular...: MARIA EDUARDA RODRIGUES RAMOS : RUA ADOLFO ALVES FERREIRA

Procedimento: 10101039 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA

Resumo da Conta

Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAL HOSPITALAR	40,70	0,00	0,00	0,00	0,00	40,70
DIAGNOSE/TERAPIA	50,08	0,00	0,00	0,00	0,00	50,08
CONSULTAS MEDICAS / OUTROS PROCEDIM	80,01	0,00	0,00	0,00	0,00	80,01
Total da Conta:						170,79

MATERIAL HOSPITALAR

437 PRONTO SOCORRO - HBSM

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
71022281 TIRA TESTE GLICEMIA ACCUCHECK ACTIVE	UN	1	8,0000	8,00

438 PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM

Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
71006375 ELETRODO DESCARTAVEL MEDITRACE	UN	10	3,2700	32,70
Total :				40,70

DIAGNOSE/TERAPIA

431 ELETRO CARDIOGRAMA ECG - HBSM

Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
22/11/2023	40101010 ECG CONVENCIONAL DE ATÉ 12 DERIVAÇÕES	EXAME	1	50,0800	50,08
	HOSPITAL BOM SAMARITANO D - 00001 23876304000112	CLINICO			
Total :					50,08

CONSULTAS MEDICAS / OUTROS PROCEDIMENTOS

437 PRONTO SOCORRO - HBSM

Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
10101039 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	UN	1	80,0100	80,01
MAYARA THAIS NAKANO RODRI - 035946 37065153851	CLINICO			
Total :				80,01

Total Geral: 170,79