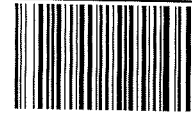




Dom Pedro II, 108 - Ponta Grossa - PR
CNPJ: 75608547000173 - Inscr. Est.: - Fone: 3220-5102
(CNES 2686791)



CONTA PACIENTE

Paciente:

Matheus Skodowski

Convênio:

ESCOLA ADVENTISTA

Usuário/Matricula

0000

Nº Atend:

1.539.458

Nº I.C.:

2.610.878

Prontuário: 4898010

Data Entrada: 27/03/2023 11:54:00

Data Saída: 27/03/2023 17:34:41

Motivo Alta: 10

Médico: Dr. Daniel Leite Bianospino (CRM 49741)

CID Princ.: S002OUTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIAIS DA PALPEBRA

Espec/Clinica:

Médica

Guia Atend:

Dt.Inicial: 27/03/23 11:54

Dt.Final: 27/03/23 17:34

Setores de internação

Seq.	Ds Setor Atendimento	Ds Tipo Acomodacao	Unidade	Dt Entrada Unidade	Dt Saida Unidade	Classificação setor
1	Pediatria - Pronto	Setor sem Acomodação	01/	27/03/2023 11:56:00	27/03/2023 12:38:38	Pronto socorro
2	Tomografia	Setor sem Acomodação	2/	27/03/2023 12:35:27	27/03/2023 12:35:27	Serviços Especiais

Materiais Ambulatório Pediátrico

Seq.	Descrição Medicamento	Fabricante	Cod. int.	Cod. Tiss	Unid.	Qtd.	VI. Unit	VI. Total
1	Atadura Crepe 20cm x1,80m	CREMER	239	78340470	un	2,00	13,82	27,64
2	Atadura de Rayon 7,5cm x 5m	HEALTH QUA	251	78322375	cm	20,00	0,10	2,07
3	Gaze 10 x 10cm	CREMER	16480	78340454	un	20,00	1,50	29,92
4	Malha Tubular 10cm	POLAR FIX	260	78202477	m	1,00	4,93	4,93
Total de Materiais Ambulatório Pediátrico						43,00		64,56

Sadt

Seq.	Cód.	Procedimento	Qtde	VI Unit.	VI Total
1	41001036	Face Ou Seios Da Face	1,00	161,08	161,08
Total de Sadt			1,00		161,08

Custo operacional

Seq.	Proced.	Descrição	Qtde	VI UCO
1	10101039	Em Pronto Socorro	1	0,00
Total de Custo operacional			1	0,00

Médicos Não Conveniados

Seq.	CRM	Médico	Proced.	Descrição	Função	Qtde	%	VI Médico
1	49741	Daniel Leite Bianospino	10101039	Em Pronto Socorro	Clinico	1	100	100,00
Total de Médicos Não Conveniados						1	100	100,00

Total geral

325,64

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Skodowski
Nº da Carteirinha: 3.23.4539
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF



Data de Nascimento: 09/09/2011

Nº da Guia: 10426

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/03/2023	10:22:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Olho Direito

Descrição
O aluno estava treinando fundamentos do handebol na aula e recebeu uma bolada no olho que já estava machucado (caiu de bicicleta, com o rosto no chão, na rua).. Foi atendido pelo professor, foi colocado gelo e está reclamando que está com a visão embaçada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Professor Ricardo Dubiel	(42) 9925-6363
Gleciene Jansen	(41) 99602-6430

Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof. Ricardo Dubiel	27/03/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Associação Hospitalar Bom Jesus	Av. Dom Pedro II	108	Nova Rússia	(42) 3220-5000

Observações
O aluno estava treinando fundamentos do handebol na aula e recebeu uma bolada no olho que já estava machucado (caiu de bicicleta, com o rosto no chão, na rua).. Foi atendido pelo professor, foi colocado gelo e está reclamando que está com a visão embaçada.

Ass.:

Gleciene Jansen

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

Impresso por: Gleciene Jansen

Printed by P. Silva

1 - Registro ANS

3 - N.º Guia Principal

4 - Data da Autorização
27/03/2023

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Data de Emissão da Guia
27/03/2023

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
0000

9 - Plano
Básico

10 - Validade da Carteira

11 - Nome
Matheus Skodowski

12 - Número do Cartão Associado
01: Daniel L. Bianospino
CRM-PR 49.741

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF
75608547000173

14 - Nome do Contratado
AHBJ - Hospital Bom Jesus

15 - Código do CNES
2686791

16 - Nome do Profissional Solicitante

17 - Conselho Profissional

18 - Número no Conselho

19 - UF

20 - Código CBO

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/Hora da Solicitação
27/03/2023 11:54:00

22 - Caráter da Solicitação
U - Eletiva U - Urgência / Emergência

23 - CID 10

24 - Indicação Clínica (obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo)

25 - Tabela 26 - Código do procedimento 27 - Descrição

28 - Ql.Solic.

29 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF
75608547000173

31 - Nome do Contratado
AHBJ - Hospital Bom Jesus

32 - TI 33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento
081 Dom Pedro II 108

36 - Município
Ponta Grossa

37 - UF

38 - Cód. IBGE

39 - CEP

40 - Código CNES
2686791

41 - Nome do Profissional Executante / Complementar
Daniel Leite Bianospino

42 - Conselho Profissional
CRM

43 - Número no Conselho
49741

44 - UF

45 - Código CBO S

46 - Grau de Participação
12

Dados do atendimento

47 - Tipo Atendimento
01 - Remoção 02 - Pequena cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT informado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia renal substitutiva

48 - Indicação de Acidente
0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho

1 - Transito 2 - Outros

49 - Tipo de saída
1 - Regresso 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito

50 - Tipo de Doença

51 - Tipo de Doença

52 - Tipo de Doença

53 - Tipo de Doença

54 - Tipo de Doença

55 - Tipo de Doença

56 - Tipo de Doença

57 - Tipo de Doença

58 - Tipo de Doença

59 - Tipo de Doença

60 - Tipo de Doença

61 - Tipo de Doença

62 - Tipo de Doença

63 - Tipo de Doença

64 - Tipo de Doença

65 - Tipo de Doença

66 - Tipo de Doença

67 - Tipo de Doença

68 - Tipo de Doença

69 - Tipo de Doença

70 - Tipo de Doença

71 - Tipo de Doença

72 - Tipo de Doença

73 - Tipo de Doença

74 - Tipo de Doença

75 - Tipo de Doença

76 - Tipo de Doença

Procedimentos e Exames Realizados

51 - Data 52 - Hora inicial a 53 - Hora final 54 - Tabela 55 - Código do Procedimento 56 - Descrição 57 - Qlde. 58 - Via 59 - Tec. 60 - % Red / Acresc. 61 - Valor Unitário - R\$ 62 - Valor Total - R\$

1	27/03/2023	11:56:00	11:56:00	00		10101039	Em Pronto Socorro	1	1	1,00	0,00	0,00
2											0,00	0,00
3											0,00	0,00
4											0,00	0,00
5											0,00	0,00

63 - Data e assinatura de procedimentos em série

64 - Observação

65 - Total Procedimentos R\$ 0,00 66 - Total Taxas e Aluguéis R\$ 0,00 67 - Total Materiais R\$ 0,00 68 - Total Medicamentos R\$ 0,00 69 - Total Diárias R\$ 0,00 70 - Total Gases Medicinais R\$ 0,00 71 - Total Geral da Guia R\$ 0,00

72 - Data e Assinatura do Solicitante

73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Data e Assinatura do Prestador Executante

76 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - Registro ANS 3 - N° Guia Principal 4 - Data da Autorização 5 - Senha 6 - Data Validade da Senha 7 - Data de Emissão da Guia

8 - Número da Carteira 9 - Plano Básico 10 - Validade da Carteira 11 - Nome Matheus Skodowski 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 75608547000173

14 - Nome do Contratado AHBJ - Hospital Bom Jesus

15 - Código do CNES 2686791

16 - Nome do Profissional Solicitante Daniel Leite Bianospino

17 - Conselho Profissional CRM

18 - Número no Conselho 49741

19 - UF PR 20 - Código CBO 225125

Dr. Daniel L. Bianospino
Médico
CRM-PR 49.741

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/Hora da Solicitação 27/03/2023 12:35:27

22 - Caracter da Solicitação U - Eletiva U - Urgência / Emergência

23 - CID 10 S002

24 - Indicação Clínica/Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto custo

25 - Tabela 26 - Código do procedimento 34010084 27 - Descrição TOMOGRAFIA DE SEIOS DA FACE

28 - Qt. Solic. 1 29 - Qt. Autoriz. 1

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

31 - Nome do Contratado

32 - TI

33 - 34 - 35 - Logradouro Número Complemento

36 - Município

37 - UF

38 - Cod. IBGE

39 - CEP

40 - Código CNES

41 - Nome do Profissional Executante / Complementar

42 - Conselho Profissional

43 - Número no Conselho

44 - UF

45 - Código CBO S

46 - Grau de Participação

Dados do atendimento

47 - Tipo Atendimento

48 - Tipo de Doença

49 - Tempo de Doença

50 - Tipo de Doença

51 - Data 52 - Hora inicial a 53 - Hora final 54 - Tabela 55 - Código do Procedimento 56 - Descrição 57 - Qtd. 58 - Via 59 - Tec. 60 - % Red. / Acresc. 61 - Valor Unitário - R\$ 62 - Valor Total - R\$

63 - Data e assinatura de procedimentos em série

64 - Observação

65 - Total Procedimentos R\$

66 - Total Taxas e Aluguéis R\$

67 - Total Materiais R\$

68 - Total Medicamentos R\$

69 - Total Diárias R\$

70 - Total Gases Medicinais R\$

71 - Total Geral da Guia R\$

72 - Data e Assinatura do Solicitante 27/03/2023

73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

75 - Data e Assinatura do Prestador Executante 27/03/2023

76 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

77 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

78 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

79 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

80 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

81 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

82 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

83 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

84 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

85 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

86 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

87 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

89 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

90 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

91 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

92 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

93 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

94 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

95 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 27/03/2023

Paciente	Matheus Skodowski	Prontuário	4898010	Nº AIH	
Dt. Nasc.	09/09/2011	Idade	11	Sexo	Masculino
Naturalidade	Ponta Grossa	Nacionalidade	Brasileiro	Estado Civil	Solteiro
Filiação	Pai Reginaldo Skodowski	CPF	14957414947	Religião	Católica
	Mãe Cintia de Oliveira Souza	RG		Procedencia	Pronto Atendimento
Conjuge				CNS	
End. Res.	Rua Franco Grilo , 8 Colônia Dona Luíza Complemento:			Bairro	Colônia Dona Luíza
Cidade	Ponta Grossa - PR	CEP	84045320	Fone	99124883
Profissão	Estudante	End. Prof.		Celular	99124883
Responsável	Cintia de Oliveira Souza				
Endereço	Rua Franco Grilo, nº 8, Colônia Dona Luíza casa			Fone	99124883
Data Entrada	27/03/2023 11:54:00	Setor	Pediatria - Pronto Atendimento	Quarto/Leito	01
Acomodação	Setor sem Acomodação	Médico Resp	Daniel Leite Bianospino		
Observação					
Convênio	ESCOLA ADVENTISTA	Categoria	ENFERMARIA		
Matricula	0000	Empresa			
Observação					

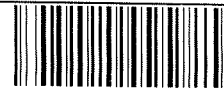
Atenção enfermagem, favor realizar a triagem, evolução e anotação do paciente no sistema Tasy.

Atenção Sr. Médico, favor realizar a evolução e prescrição do paciente no sistema Tasy.



Para evitar retrabalho, realize todo o processo no Tasy.

AHBJ - Hospital Bom Jesus
Prescrição Eletrônica Paciente - [L.A.F.S.]



1992300

Paciente	Matheus Skodowski	Peso	55,55	Atendimento	1.539.458	Prontuário	4.898.010
Data Nascto	09/09/2011 11a 6m 18d	Altura		Convênio	ESCOLA ADVENTISTA / ENFERMARIA		
Data Entrada	27/03/2023 11:54:00			Liberação	27/03/2023 12:37:38	27/03/2023 12:37:38	
Médico Resp	Dr. Daniel Leite Bianospino (CRM 49741)			Data Prescr.	27/03/2023 12:35:27		
				Validade	27/03/2023 12:36:00	28/03/2023 11:59:59	

Diretor Técnico Médico:

Procedimentos/Serviços/Exames	Qtde / Intervalo	Horários	Material	Dia/Hora
1 TOM. DE SEIOS DA FACE	Agora	12:37		27 12:37
TRAUMA EM FACE D				
Instalar O2 Contínuo			S/N	

Dr. Daniel L. Bianospino
Médico
CRM-PR 49.741

Evolução Paciente

Paciente	Matheus Skodowski	Atendimento	1.539.458
Data Nascto.	09/09/2011 11 Anos	Prontuário	4.898.010
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	27/03/2023 11:54:00
Telefone	99124883	Convênio	ESCOLA ADVENTISTA ENFERMARIA
Leito	01		

Data evolução	Liberação	Função	
27/03/2023 12:28:36	27/03/2023 12:32:16	Médico	Pediatria - Pronto Atendimento

PCTE COM HX DE TRAUMA EM FACE, APÓS QUEDA DE BICICLETA NA SAB E BOLADA NO MESMO LUGAR HOJE. REVFER QUE TEVE VISÃO TURVA QUE SE PROLONGOU POR UNS 120 MIN, AGORA DIZ ESTAR NORMAL.

BEG CHAAA
BCNFR2TSS
MVPSSRA
ABE MM SP

Dr. Daniel L. Bianospino
Médico
CRM-PR 49.741

Daniel Leite Bianospino
CRM 49741

SOLICOTO TC DE FACE

Evolução Paciente

Paciente	Matheus Skodowski		Atendimento	1.539.458
Data Nascto.	09/09/2011	11 Anos	Prontuário	4.898.010
Sexo	Masculino		Dt. Entrada	27/03/2023 11:54:00
Telefone	99124883		Convênio	ESCOLA ADVENTISTA ENFERMARIA
Leito	01			

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
27/03/2023 11:59i	27/03 12:2i	Técnico de	Anotação de		Brenda Vieira Ferreira	COREN 1854196

Criança vem a unidade com os pais com o olho direito inchado após levar bolada na escola, e a dois dias atrás caiu d bicicleta e bateu o mesmo lado da face no chão, relata estar com a visão turva.

John Lincoln
Enfermeiro Intensivista
COREN/PR 341634

Evolução Paciente

Paciente	Matheus Skodowski	Atendimento	1.539.458
Data Nascto.	09/09/2011 11 Anos	Prontuário	4.898.010
Sexo	Masculino	Dt. Entrada	27/03/2023 11:54:00
Telefone	99124883	Convênio	ESCOLA ADVENTISTA ENFERMARIA
Leito	01		

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
27/03/2023 17:34i	30/03 09:44i	Enfermeiro	Anotação de		John Lincoln Dallabona	COREN 341634

GASTOS

02 ATADURA CREPE 20CMX1,80M
20 CM ATADURA DE RAYON 7,5CMX5M
20 GAZE 10X10 ESTERIL

(34010084) TOMOGRAFIA DE SEIOS DA FACE

Paciente	Matheus Skodowski	Exame/Aten	1992300/1539458
Data Nasc.	09/09/2011	Data Exame	27/03/2023
Idade	11	Sexo	Masculino
Convênio	ESCOLA ADVENTISTA	Pediatria -	0
Solicitante	Daniel Leite Bianospino	Tipo Atend	Pronto Socorro
		Atendimento	

Dados do Exame

Parâmetros Descritivos

PROCEDIMENTO: Exame realizado com cortes helicoidais no plano axial e coronal em aparelho multislice.

RELATÓRIO:

Imagem ovalar com densidade de partes moles, contornos regulares, localizada no teto do seio maxilar direito, medindo 10 x 6 mm, que pode corresponder a cisto de retenção ou a pólipos.

Demais seios paranasais com aeração e contornos normais.

Unidades óstio-meatais e recessos esfenotmoidais livres.

Pneumatização parcial das conchas nasais médias, maior à direita, notando-se curvatura paradoxal na concha nasal média esquerda.

Conchas nasais inferiores não apresentam alterações significativas.

Discreto desvio do septo nasal para a direita.

Infradesnívelamento da lâmina crivosa em relação as fôveas etmoidais em cerca de 7 mm.

Pequena pneumatização do palato duro notadamente à esquerda.

Pneumatização dos processos pterigoides.

Planos musculares e adiposos das fossas pterigopalatinas e infratemporais conservados.

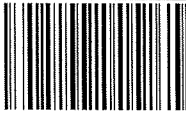
Pequeno aumento de partes moles na região malar direita, com discreta densificação do tecido celular subcutâneo, inferindo a possibilidade de edema local.

IMPRESSÃO:

Estudo tomográfico computadorizado dos seios da face evidencia:

- Discreto desvio do septo nasal para a direita.
- Imagem nodular com densidade de partes moles no seio maxilar direito, que pode corresponder a cisto de retenção ou a pólipos.
- Variações anatômicas acima descritas.
- Discreto aumento de partes moles na região maxilar direita.

Dr. Jose Luiz Vieira Junior (CRM 15424)

		Dom Pedro II, 108 - Ponta Grossa - PR CNPJ: 75608547000173 - Inscr. Est.: - Fone: 3220-5102 (CNES 2686791)				CONTA PACIENTE Nº Atend: 1.540.210 Nº I.C.: 2.615.630		
Paciente: Gabriel Henrique Dalla Porta		Convênio: ESCOLA ADVENTISTA		Usuário/Matricula 00000				
Prontuário: 4966639 Data Entrada: 29/03/2023 19:40:43 Data Saída: 29/03/2023 20:01:16 Motivo Alta: 10 Médico: Dra. Claudia Mariana Fazani (CRM 43931)				Espec/Clínica: Médica				
CID Princ.: T149TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO Guia Atend:								
Dt.Inicial: 29/03/23 19:40 Dt.Final: 29/03/23 20:01								
Setores de internação								
Seq.	Ds Setor Atendimento	Ds Tipo Acomodacao	Unidade	Dt Entrada Unidade	Dt Saida Unidade	Classificação setor		
1	Pediatria - Pronto	Setor sem Acomodação	01/	29/03/2023 19:42:04	29/03/2023 20:01:16	Pronto socorro		
2	Raio X	Setor sem Acomodação	1/	29/03/2023 19:59:49	29/03/2023 19:59:49	Serviços Especiais		
Sadt								
Seq.	Cód.	Procedimento		Qtde	VI Unit.	VI Total		
1	40801012	Crânio - 2 Incidências		1,00	25,43	25,43		
Total de Sadt				1,00		25,43		
Custo operacional								
Seq.	Proced.	Descrição		Qtde	VI UCO			
1	10101039	Em Pronto Socorro		1	0,00			
Total de Custo operacional				1	0,00			
Médicos Não Conveniados								
Seq.	CRM	Médico	Proced.	Descrição	Função	Qtde	%	VI Médico
1	27457	Andre Cassiano Klein	10101039	Em Pronto Socorro	Clínico	1	100	100,00
Total de Médicos Não Conveniados						1	100	100,00
Total geral								125,43

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gabriel Henrique Dalla Porta
Nº da Carteirinha: 3.23.4661
Instituição: Escola Adventista Ponta Grossa - EIEF

Data de Nascimento: 11/06/2015

Nº da Guia: 10509

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/03/2023	18:08:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu

Partes do corpo

Queda de altura (Ex.: escada)

Cabeça

Descrição

Durante o deslocamento de uma aula na biblioteca o aluno escorregou na escada, caiu e bateu a cabeça.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Danilo (monitor)

(42) 99758-6424

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Associação Hospitalar Bom Jesus

Av. Dom Pedro II

108

Nova Rússia

(42) 3220-5000

Observações

Os primeiros atendimentos foram feitos na escola e ao chegar em casa o aluno se queixou.

Ass.:

Simone Ribas Schrott

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

1 - Registro ANS

3 - Nº Guia Principal

4 - Data da Autorização
29/03/2023

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Data de Emissão da Guia
29/03/2023

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
000009 - Plano
Básico10 - Validade da Carteira
30/06/203611 - Nome
Gabriel Henrique Dalia Porta12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
898004818592589

Dados do Contratado Solicitante

13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF
7560854700017314 - Nome do Contratado
AHBJ - Hospital Bom Jesus15 - Código do CNES
268679116 - Nome do Profissional Solicitante
Claudia Mariana Fazani17 - Conselho Profissional
CRM18 - Número no Conselho
4393119 - UF
PR20 - Código CBO
225124

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Data/Hora da Solicitação
29/03/2023 19:59:4922 - Caracter da Solicitação
U - Eletiva U - Urgência / Emergência23 - CID 10
T149

24 - Indicação Clínica(obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta de referência e alto curso)

28 - Qt. Solic.

29 - Qt. Autoriz.

25 - Tabela 26 - Código do procedimento 32010010

27 - Descrição
RX CRÂNIO PA E PERFIL

1

2

3

4

5

Dados do Contratado Executante

30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF

31 - Nome do Contratado

32 - TI

33 - 34 - 35 - Logradouro - Número - Complemento

36 - Município

37 - UF

38 - Cod. IBGE

39 - CEP

40 - Código CNES

40a - Código na operadora / CPF do exec. complementar

41 - Nome do Profissional Executante / Complementar

42 - Conselho Profissional

43 - Número no Conselho

44 - UF

45 - Código CBO'S

46a - Grau de Participação

Dados do atendimento

46 - Tipo Atendimento

11 - Remoção

02 - Pequena cirurgia

03 - Terapias

04 - Consulta

05 - Exame

06 - Atendimento Domiciliar

07 - SADI interno

08 - Quimioterapia

09 - Radioterapia

10 - Trat. terapia em ambulatório

11 - Trat. terapia em hospital

12 - Trat. terapia em clínica

13 - Trat. terapia em casa

14 - Trat. terapia em outros locais

15 - Trat. terapia em outros locais

16 - Trat. terapia em outros locais

17 - Trat. terapia em outros locais

18 - Trat. terapia em outros locais

19 - Trat. terapia em outros locais

20 - Trat. terapia em outros locais

21 - Trat. terapia em outros locais

22 - Trat. terapia em outros locais

23 - Trat. terapia em outros locais

24 - Trat. terapia em outros locais

25 - Trat. terapia em outros locais

26 - Trat. terapia em outros locais

27 - Trat. terapia em outros locais

28 - Trat. terapia em outros locais

29 - Trat. terapia em outros locais

30 - Trat. terapia em outros locais

31 - Trat. terapia em outros locais

32 - Trat. terapia em outros locais

33 - Trat. terapia em outros locais

34 - Trat. terapia em outros locais

35 - Trat. terapia em outros locais

36 - Trat. terapia em outros locais

37 - Trat. terapia em outros locais

38 - Trat. terapia em outros locais

39 - Trat. terapia em outros locais

40 - Trat. terapia em outros locais

Consulta Referência

40 - Tipo de Doença

A - Aguda

C - Crônica

F - Tempo de Doença

A - Anos

M - Meses

D - Dias

Procedimentos e Exames Realizados

51 - Data 52 - Hora Inicial a 53 - Hora Final

54 - Tabela

55 - Código do Procedimento

56 - Descrição

57 - Qtd.

58 - Via

59 - Tec.

60 - % Red. / Acresc.

61 - Valor Unitário - R\$

62 - Valor Total - R\$

63 - Data e assinatura de procedimentos em série

64 - Observação

65 - Total Procedimentos R\$

66 - Total Taxas e Autuações R\$

67 - Total Materiais R\$

68 - Total Medicamentos R\$

69 - Total Datas R\$

70 - Total Gases Medicinais R\$

71 - Total Geral da Guia R\$

72 - Data e Assinatura do Solicitante

73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Data e Assinatura do Prestador Executante

76 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

181 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

189 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

193 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

197 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

199 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

202 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

204 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

205 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

206 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

207 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

208 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

209 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

210 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

212 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

213 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

214 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

216 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

217 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

218 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

219 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

220 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

221 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

222 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

223 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

224 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

225 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

226 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

227 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

228 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

229 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

230 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

231 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

232 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

233 - Data e Assinatura do Beneficiário

Impresso em: 29/03/2023 11:42:30

Página 1

ssawncz

WAL 55960

Paciente	Gabriel Henrique Dalla Porta		Prontuário	4966639	Nº AIH		
Dt. Nasc.	11/06/2015	Idade	7	Sexo	Masculino	Estado Civil	Solteiro
Naturalidade			Nacionalidade	Brasileiro	Religião		
Filiação	Pai	Leandro Andre Dalla Porta	CPF	14877000917	Procedencia	Consultório	
	Mãe	Evelyn Rocha da Silva	RG	0505342774	CNS	898004818592589	
Conjuge							
End. Res.	Rua João Ribeiro , 237 Uvaranas CASA				Bairro	Uvaranas	
Cidade	Ponta Grossa - PR		CEP	84030020	Fone	999999956	
Profissão	Militar		End.Prof.		Celular		
Responsável	mesmo						
Endereço					Fone		
Data Entrada	29/03/2023 19:40:43		Setor	Pediatria - Pronto Atendimento	Quarto/Leito	01	
Acomodação	Setor sem Acomodação		Médico Resp	Andre Cassiano Klein			
Observação							
Convênio	ESCOLA ADVENTISTA		Categoria	APARTARTAMENTO			
Matrícula	00000		Empresa				
Observação							

Atenção enfermagem, favor realizar a triagem, evolução e anotação do paciente no sistema Tasy.

Atenção Sr. Médico, favor realizar a evolução e prescrição do paciente no sistema Tasy.



Para evitar retrabalho, realize todo o processo no Tasy.

AHBJ - Hospital Bom Jesus
Prescrição Eletrônica Paciente - [L.A.F.S.]



1993525

Paciente	Gabriel Henrique Dalla Porta	Peso	24,6	Atendimento	1.540.210	Prontuário	4.966.639
Data Nascto	11/06/2015 7a 9m 18d	Altura		Convênio	ESCOLA ADVENTISTA / APARTARTAMENTO		
Data Entrada	29/03/2023 07:40:43			Liberação	29/03/2023 20:00:16	29/03/2023 20:00:16	
Médico Resp	Dra. Claudia Mariana Fazani (CRM 43931)			Data Prescr.	29/03/2023 19:59:49		
				Validade	29/03/2023 20:00:00	30/03/2023 19:59:59	

Diretor Técnico Médico:

Procedimentos/Serviços/Exames	Qtde/ Intervalo	Horários	Material	Dia/Hora
1 RX CRÂNIO PA E PERFIL	Agcra	20:00		29 20:00
Instalar O2 Contínuo			S/N	

[Handwritten Signature]
Dra. Claudia Fazani
Médica
CRM-PR 43931

Impresso em 29/03/2023 20:00:27

Página 1/1

Paciente: Gabriel Henrique Dalla Porta

Médico

Prescritor:

Dra. Claudia Mariana Fazani (CRM 43931)

Dra. Claudia Mariana Fazani (CRM 43931)

Pediatria - Pronto Atendimento

CATE00381

cfazani / cfazani

01

Evolução Paciente

Paciente **Gabriel Henrique Dalla Porta**
Data Nascto. 11/06/2015 7 Anos
Sexo Masculino
Telefone 999999956
Leito 01

Atendimento 1.540.210
Prontuário 4.966.639
Dt. Entrada 29/03/2023 19:40:43
Convênio ESCOLA ADVENTISTA

Data evolução	Liberação	Função	
29/03/2023 19:54:32	29/03/2023 19:56:44	Médico	Pediatria - Pronto Atendimento

COM RELATO DE TER CAIDO NA ESCOLA AS 16:00 HORAS

EM BOM ESTADO GERAL

SEM VOMITOS SEM DESMAIO OU PERDA DE CONSCIENCIA

APRESENTANDO HEMATOMA SUBGALEAL

Claudia Mariana Fazani
CRM 43931

Dra. Claudia Fazani
Médica
CRM-PR 43931

Evolução Paciente

Paciente **Gabriel Henrique Dalla Porta**
Data Nascto. 11/06/2015 7 Anos
Sexo Masculino
Telefone 999999956
Leito 01

Atendimento **1.540.210**
Prontuário 4.966.639
Dt. Entrada 29/03/2023 19:40:43
Convênio ESCOLA ADVENTISTA

Data evolução	Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
29/03/2023 19:45i	29/03 19:47i	Técnico de	Anotação de		Brenda Vieira Ferreira	COREN 1854196

Criança vindo com familiare srefere queda na escola e bateu cabeça , sem emese, nega ter ficado desacordado, com periodo de confusão, ficou sonolento posteriormente , nega ter tomado remédio, nega alergia medicamentosa mantendo edema local

John Lincoln
Enfermeiro Intensivo
COREN/PR 341634

(32010010) RX CRÂNIO PA E PERFIL

Paciente: Gabriel Henrique Dalla Porta
Data Nasc.: 11/06/2015
Idade: 7
Convênio: ESCOLA ADVENTISTA
Solicitante: Claudia Mariana Fazani

Exame/Aten: 1993525/1540210
Data Exame: 29/03/2023
Sexo: Masculino
Pediatria: 0
Tipo Atend: Pronto Socorro
Atendimento

Dados do Exame

Parâmetros Descritivos

Base e Calota craniana sem alterações.

Sela túrcica anatômica.

Ausência de sinais de calcificações intracranianas de aspecto patológico.