Bom Samaritano HOSPITAL

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Agulha 13x4.5 unid		Clorexidina degermante 2%(Laborhex)		Esparadrapo cm		Lanceta de glicemia unid
	Agulha 25x7 unid		PVPI tópico ml		Fita adesiva Crepe cm		Tira teste unid
1	Agulha 30x7 unid		Óleo de girassol ml		Micropore 25mm cm		Salto adulto G unid
1	Agulha 40x12 unid		Gel de própolis g		Micropore 50mm cm		Salto infantil P unid
	Atadura algodão orto 10 cm		Gel de papaína g		Stopper curativo unid		Tala de alumínio unid
	Atadura algodão orto 20 cm		Gel Calêndola g		Eletrodo descartável unid	1	Seringa 5ml
	Atadura crepom 10 cm		Colagenase g		Fio mononylon nº		Seringa 10ml
	Atadura crepom 20 cm		Celestone soluspan amp		Lamina de bisturi nº		Seringa 20ml
	Atadura gessada 10 cm		Decadron amp		Luva estéril nº par		Dreno de pen rose nº
	Atadura gessada 20 cm		Diprospan amp		Luva de procedimento unid		Escalpe nº
	Benzina ml		Xylocaína 2% s/v amp 5ml		Malha tubular nº cm		
	Tintura de Benjoim ml		Soro fisiológico 100ml		Compressa gaze 7.5x7.5 unid		
	Clorexidina alcoólica 0.5% ml		Soro fisiológico 10ml		Compressa gaze queijo unid		

Relatório de Enfermagem

HORA	PA	P	T	R	Hgt	
						PACT OTT DA ORTOPEDIA REALIZADO MEDICAÇÃO IM NA
						REGIÃO DO GLUTEO (D) SOB PRESCRIÇÃO MEDICA-MARINEZ

Obs: Esta taxa deve conter a assinatura do Enfermeiro ou técnico de enfermagem.

Bom Samaritano
HOSPITAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
CLÍNICA DE ESPECIALIDADES

NC: 4378030	DATA: 13/10/22	DIAGNÓSTICO:	PROCEDIMENTO REALIZADO:
PACIENTE: NATALIA FARIA LINO GASPAROTTO			MEDICAÇÃO IM
MÉDICO: SAMUEL			

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
Samuel Machado ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PR 28.684 TEOT 15.284		

Obs: Esta prescrição deve conter carimbo e assinatura do médico

PRESCRIÇÃO.: 7023243 DATA: 13/10/2022 08:16
USUÁRIO....: SMACHADO
ATENDIMENTO: 7378030 DT NASC: 12/09/2006 (16A 1M 1D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 553425 - NATALIA FARIA LINO GASPAROTTO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 13/10/2022 07:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO:
UNID. INT..: CLINICA ESPECIALIDADES - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

7378030

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 INFILTRACAO OU PUNCAO ARTICULAR **Obs.:** *DIPROSPAN*	1					[13/10] . 08:16

SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7378030 **Prontuário:** 553425 **SAME:** 553425 **Hora Atend:** 07:47 **Data Atend:**13/10/2022
Paciente..... : NATALIA FARIA LINO GASPAROTTO **Idade:** 16 a
Endereço..... : RUA GLEBA PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... :IVATUBA **UF..:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... :INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal.....: S900 - CONTUSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 13/10/2022 **Hora Saída** : 08:17

Prestador da Evolução Médica: 4031 SAMUEL MACHADO

HDA
RNM COM CICATRIZ DE LIGAMENTO TFA
DEIXO FORTALECIMENTO COM FISIO

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 TEOT 15.284

SAMUEL MACHADO / 28684
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

2 - Nº Guia no Prestador 7378030

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	

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	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
1110219		NATALIA FARIA LINO GASPAROTTO		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
SAMUEL MACHADO	6	28684	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	14/10/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1	16010183	INFILTRACAO MEDICAMENTOSA DE PONTOS GATILHO	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	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 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	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/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

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

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: KCRBURY Data/Hora: 14/10/2022 09:13:05 Conta/Lote: 7378030 Atendimento: 7378030 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

7378030

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

2 - Nº Guia no Prestador 7378030

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	

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	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
1110219		NATALIA FARIA LINO GASPAROTTO		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
SAMUEL MACHADO	6	28684	41	225270	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
1	13/10/2022	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1	22	10101012	Consulta em consultorio (no horario normal ou preestabelecido)	1	0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	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 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	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/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

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

58 - Observação / Justificativa

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 TEOT 15.284

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
	Mikally Souza Rodrigues	

Impresso por: SCNARAMINI Data/Hora: 13/10/2022 07:48:48 Conta/Lote: 7378030 Atendimento: 7378030 Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP

7378030

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Natália Faria Lino Gasparotto
Nº da Carteirinha: 11.1.10219
Instituição: IAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 12/09/2006 | **Nº da Guia:** 7258.007

ama
ADVENTIST MEDICAL ASSISTANCE

73768030

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
12/10/2022	17:59:28	Pista de corrida	Eventos esportivos (**Ex.: campeonatos**)

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

Descrição
Ac aluna interna relata que estava participando da modalidade de corrida das olimpíadas, ao correr, pisou em falso ,torceu o tornozeio e bateu também o joelho esquerdo. refere muita dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prepa Camila	(44) 99906-9111

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Motivo do Retorno
Aluna encaminhada ao médico, para retorno, conforme pedido médico para apresentação de exames e nova avaliação. (ressonância magnética) no dia 115/10 2022, as 08;05

Ass.: _____

Célia Teixeira Damasceno da Silva

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