

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Faviane Corrêa Sobral
Nº da Carteira: 11.4.100465
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 17/04/2002

Nº da Guia: 15301

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/02/2024	11:02:00	Portaria	Caminhada

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluna estava realizando caminhada em frente a portaria e o pé virou, e a mesma caiu no chão.

Testemunha da ocorrência

Enf. Joserlania

Telefone

(44) 99754-0412

Quem prestou primeiros socorros

Enf Joserlania

Data

11/02/2024

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

Colocado gelo e cataplasma de dolomita durante a semana, todavia sem melhora. Apresenta edema local e refere dor ao firmar o pé no chão. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 473102 - 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



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

2 - Nº Guia no Prestador 15301

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data validade da Servia

7 - Número da Guia Anulada pela Operadora

4 - Data de Autorização

5 - Servia

Dados do Beneficiário

2 - Número da Carteira
138184501

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

FAVIANI CORREA SOBRAL

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a 316
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
43100

18 - UF
41

19 - Código CID
225226

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

RAFAEL HOBOLD HEDALGO

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Realizados

21 - Código do Atendimento

22 - Data de Solicitação
19/02/2024

23 - Inicial do CMI

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Q1 SUSE

28 - Q1 APROV

29 - Q1 SUSE

30 - Q1 APROV

31 - Q1 SUSE

32 - Q1 APROV

33 - Q1 SUSE

34 - Q1 APROV

35 - Q1 SUSE

36 - Q1 APROV

37 - Q1 SUSE

38 - Q1 APROV

39 - Q1 SUSE

40 - Q1 APROV

41 - Q1 SUSE

42 - Q1 APROV

43 - Q1 SUSE

44 - Q1 APROV

45 - Q1 SUSE

46 - Q1 APROV

47 - Q1 SUSE

48 - Q1 APROV

1 22 10101039

Consulta em pronto socorro

Dados de Contratação Especialista

29 - Código no Operadora
23876304000112

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

31 - Código CIES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atividade (atividade ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Exame/Atendimento no Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - CIE

43 - VU

44 - TCC

45 - % Real / Acres

46 - Valor Unico (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Valor Total (R\$)

49 - Valor Total (R\$)

50 - Valor Total (R\$)

51 - Valor Total (R\$)

52 - Valor Total (R\$)

53 - Valor Total (R\$)

54 - Valor Total (R\$)

55 - Valor Total (R\$)

56 - Valor Total (R\$)

57 - Valor Total (R\$)

58 - Valor Total (R\$)

59 - Valor Total (R\$)

60 - Valor Total (R\$)

61 - Valor Total (R\$)

62 - Valor Total (R\$)

63 - Valor Total (R\$)

64 - Valor Total (R\$)

65 - Valor Total (R\$)

Identificação (sigla) Produtor/Operadora Especializada

40 - CIP RAI

50 - Código no Operadora/OP

51 - Nome do Profissional

52 - Nome do Profissional

53 - Nome do Profissional

54 - Nome do Profissional

55 - Nome do Profissional

56 - Nome do Profissional

57 - Nome do Profissional

58 - Nome do Profissional

59 - Nome do Profissional

60 - Nome do Profissional

61 - Nome do Profissional

62 - Nome do Profissional

63 - Nome do Profissional

64 - Nome do Profissional

65 - Nome do Profissional

66 - Nome do Profissional

67 - Nome do Profissional

68 - Nome do Profissional

69 - Nome do Profissional

70 - Nome do Profissional

40 - CIP RAI

50 - Código no Operadora/OP

51 - Nome do Profissional

52 - Nome do Profissional

53 - Nome do Profissional

54 - Nome do Profissional

55 - Nome do Profissional

56 - Nome do Profissional

57 - Nome do Profissional

58 - Nome do Profissional

59 - Nome do Profissional

60 - Nome do Profissional

61 - Nome do Profissional

62 - Nome do Profissional

63 - Nome do Profissional

64 - Nome do Profissional

65 - Nome do Profissional

66 - Nome do Profissional

67 - Nome do Profissional

68 - Nome do Profissional

69 - Nome do Profissional

70 - Nome do Profissional

71 - Nome do Profissional

72 - Nome do Profissional

73 - Nome do Profissional

74 - Nome do Profissional

75 - Nome do Profissional

76 - Nome do Profissional

77 - Nome do Profissional

78 - Nome do Profissional

79 - Nome do Profissional

80 - Nome do Profissional

90 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

50 - Observação / Auditoria

51 - Total Procedimentos (R\$)

52 - Total de Taxas e Multas (R\$)

53 - Total Taxas de Material (R\$)

54 - Total Taxas de Material (R\$)

55 - Total Taxas de Material (R\$)

56 - Total Taxas de Material (R\$)

57 - Total Taxas de Material (R\$)

58 - Total Taxas de Material (R\$)

59 - Total Taxas de Material (R\$)

60 - Total Taxas de Material (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total Taxas de Material (R\$)

63 - Total Taxas de Material (R\$)

64 - Total Taxas de Material (R\$)

65 - Total Taxas de Material (R\$)

66 - Total Taxas de Material (R\$)

67 - Total Taxas de Material (R\$)

68 - Total Taxas de Material (R\$)

69 - Total Taxas de Material (R\$)

70 - Total Taxas de Material (R\$)

71 - Total Taxas de Material (R\$)

72 - Total Taxas de Material (R\$)

73 - Total Taxas de Material (R\$)

74 - Total Taxas de Material (R\$)

75 - Total Taxas de Material (R\$)

76 - Total Taxas de Material (R\$)

77 - Total Taxas de Material (R\$)

78 - Total Taxas de Material (R\$)

79 - Total Taxas de Material (R\$)

80 - Total Taxas de Material (R\$)

100 - Assinatura do Responsável pela Autorização

101 - Assinatura do Responsável pela Autorização

102 - Assinatura do Responsável pela Autorização

103 - Assinatura do Responsável pela Autorização

104 - Assinatura do Responsável pela Autorização

105 - Assinatura do Responsável pela Autorização

106 - Assinatura do Responsável pela Autorização

107 - Assinatura do Responsável pela Autorização

108 - Assinatura do Responsável pela Autorização

109 - Assinatura do Responsável pela Autorização

110 - Assinatura do Responsável pela Autorização

111 - Assinatura do Responsável pela Autorização

112 - Assinatura do Responsável pela Autorização

113 - Assinatura do Responsável pela Autorização

114 - Assinatura do Responsável pela Autorização

115 - Assinatura do Responsável pela Autorização

116 - Assinatura do Responsável pela Autorização

117 - Assinatura do Responsável pela Autorização

118 - Assinatura do Responsável pela Autorização

119 - Assinatura do Responsável pela Autorização

120 - Assinatura do Responsável pela Autorização

121 - Assinatura do Responsável pela Autorização

122 - Assinatura do Responsável pela Autorização

123 - Assinatura do Responsável pela Autorização

124 - Assinatura do Responsável pela Autorização

125 - Assinatura do Responsável pela Autorização

126 - Assinatura do Responsável pela Autorização

127 - Assinatura do Responsável pela Autorização

128 - Assinatura do Responsável pela Autorização

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

impresso por: DTB/SLCA

82727992



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 15301

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Terra

6 - Data Validação da Sessão

7 - Número da Guia Atribuído para Operação

8 - Nome

9 - Nome do Curso

10 - Nome do Curso Nacional de Saúde

11 - Assinatura do Profissional

12 - Assinatura do RN

13 - Nome do Profissional
FAVIANI CORREA SOBRAL

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

15 - Nome do Curso Nacional de Saúde

16 - Assinatura do Profissional

17 - Assinatura do RN

18 - Nome do Profissional
RAFAEL HOBOLD HIBALGO

19 - Nome do Curso
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

20 - Nome do Curso Nacional de Saúde

21 - Assinatura do Profissional

22 - Assinatura do RN

23 - Nome do Profissional
RAFAEL HOBOLD HIBALGO

24 - Nome do Curso
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

25 - Nome do Curso Nacional de Saúde

26 - Assinatura do Profissional

27 - Assinatura do RN

28 - Nome do Profissional
RAFAEL HOBOLD HIBALGO

29 - Nome do Curso
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

30 - Nome do Curso Nacional de Saúde

31 - Assinatura do Profissional

32 - Assinatura do RN

33 - Nome do Profissional
RAFAEL HOBOLD HIBALGO

34 - Nome do Curso
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

35 - Nome do Curso Nacional de Saúde

36 - Assinatura do Profissional

37 - Assinatura do RN

38 - Nome do Profissional
RAFAEL HOBOLD HIBALGO

39 - Nome do Curso
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

40 - Nome do Curso Nacional de Saúde

41 - Assinatura do Profissional

42 - Assinatura do RN

43 - Nome do Profissional
RAFAEL HOBOLD HIBALGO

44 - Nome do Curso
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

45 - Nome do Curso Nacional de Saúde

46 - Assinatura do Profissional

47 - Assinatura do RN

48 - Nome do Profissional
RAFAEL HOBOLD HIBALGO

49 - Nome do Curso
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

50 - Nome do Curso Nacional de Saúde

51 - Assinatura do Profissional

52 - Assinatura do RN

53 - Nome do Profissional
RAFAEL HOBOLD HIBALGO

54 - Nome do Curso
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

55 - Nome do Curso Nacional de Saúde

56 - Assinatura do Profissional

57 - Assinatura do RN

58 - Nome do Profissional
RAFAEL HOBOLD HIBALGO

59 - Nome do Curso
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

60 - Nome do Curso Nacional de Saúde

61 - Assinatura do Profissional

62 - Assinatura do RN

63 - Nome do Profissional
RAFAEL HOBOLD HIBALGO

64 - Nome do Curso
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

65 - Nome do Curso Nacional de Saúde

66 - Assinatura do Profissional

67 - Assinatura do RN

68 - Nome do Profissional
RAFAEL HOBOLD HIBALGO

69 - Nome do Curso
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

70 - Nome do Curso Nacional de Saúde

71 - Assinatura do Profissional

72 - Assinatura do RN

73 - Nome do Profissional
RAFAEL HOBOLD HIBALGO

74 - Nome do Curso
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

75 - Nome do Curso Nacional de Saúde

76 - Assinatura do Profissional

77 - Assinatura do RN

PRESCRIÇÃO.: 8165334 DATA: 19/02/2024 15:24
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8227992 DT NASC: 17/04/2002 (21A 10M 4D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 625590 - FAVIANI CORREA SOBRAL
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/02/2024 14:45 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

8227992

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: DIREITO	1						
MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2	C.C. VOLTAREN 75MG, AMP 3ML. (EV, IM) (INJ)	1	AMPOLA		IM	AGORA	[19/02]	15:24
VISITA HOSPITALAR		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3	CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1						



JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193

PRESCRIÇÃO.: 8165401 DATA: 19/02/2024 15:53
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8227992 DT NASC: 17/04/2002 (21A 10M 4D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 625590 - FAVIANI CORREA SOBRAL
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/02/2024 14:45 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENTORSE DE TNZ DIREITO HA 1 SEMANA
DEAMBULANDO TODO ESSE PERIODO
EDEMA EM REGIAO DE MALEOLO LATERAL
AUSENCIA DE EQUIMOSE E CREPTAÇÃO
ADM LEVEMENTE DOLOROSA POREM PRESERVADA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA E OU LUXAÇÃO

PT - ALTA COM ROBOFOOT / ANALGESIA / ORIENTAÇÕES GERAIS / ATESTADO / RETORNO COM EQUIPE DO TRAUMA

JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193



Atendimento: 8227992 Pedido: 2917408 Ac. Number: 3654017
Registro / Nome: FAVIANI CORREA SOBRAL
Data de Nascimento: 17/04/2002 Idade: 21 anos, 10 meses e 2 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 19/02/2024 15:24:00 Laudado: 20/02/2024
07:44:30
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: JESSE BATISTA CORREA JUNIOR

RX - TORNOZELO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

TAXA DE SALA

HOSPITAL

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Compr. de gaze 7,5 x 7,5 (setor) - un		Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº
	Água Oxigenada - ml		Compr. de gaze tipo queijo (45cm)		Estensofix 20 cm		Sonda Foley 2 vias nº
	Aguilha descartável 25x7		Comp. Cirúrgica estéril		Pólitix Padrão		Sonda Foley 3 vias nº
	Aguilha descartável 40x12		Cateter Central		PVPi degemante		Sonda Uretral nº
	Alcool Iodado - ml		Dreno de Tórax nº		PVPi tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Eletrodo desc. de pape l- unidade		Clorexetina Alcolica		Sonda Nasoenteral
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Equipo Macroplas		Seringa descartável 3/4g3ml		Balão Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Equipo Bomba		Seringa Descartável 3/4g5ml		Coletor Sistema Aberto
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo BIC Foto		Seringa Descartável 3/4g10ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 10cm		Escalpe nº		Seringa Descartável 3/4g20ml		Cateter Tipo Óculos
	Atadura gessada 20cm		Fio Catgut simples nº		Seringa Descartável 3/4g60 ml		Xilocaina gel
	Benzina - ml		Fio Mononylon nº		Seringa Insulina		
	Bolsa de colostomia descartável		Lâmina de bisturi nº		Lanceta		
	Cadafogo - 100cm		Lâmina pl tricotomia				
	Cânula end. Sibalão 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

15:59 - Entorse de tornozelo direito há 1 semana. Recusa de -
 025 7M. Realiza curativo e 200ml para cateterização -
 6837