

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samuel Brito Koenen
Nº da Carteira: 4.31.4847
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4



Data de Nascimento: 16/11/2012

Nº da Guia: 15420

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/02/2024	12:41:00	Ginásio	Salda

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição

Aluno caiu e bateu o queixo fazendo um corte.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	22/02/2024

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

Aluno foi atendido pelo coordenador disciplinar.

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

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT 2 - Nº Guia no Prestador 15420

Folha: 1/1

CRM-PR 34462/RQE 25792
Dr. João Paulo da S. Silva
Pediatria
Especialista em RM

1 - Registro ABO 0

3 - Nr. Guia Principal 15420

4 - Data de autorização 15420

5 - Série 4314847

6 - Número da Carteira 4314847

7 - Validade da Carteira 10 - Nome SAMUEL BRITO KOENEN

8 - Nome Social

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

10 - Nome do Contratado SUELEN NAKAHARA DE GOUVEIA RODRIGUES

11 - Conselho Profissional 40865

12 - Número no Conselho 41

13 - Código CBO 225124

14 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Data de Realização 22/02/2024

16 - Tipo de Atendimento 2

17 - Data de Realização 22

18 - Tipo de Atendimento 22

19 - Tipo de Atendimento 10101039

20 - Descrição Consulta em pronto socorro

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

22 - Código na Operação 23876304000112

23 - Tipo de Atendimento 31 - Indicação de Atendimento (se dentro ou fora da rede)

24 - Tipo de Atendimento 32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Atendimento (se dentro ou fora da rede)

25 - Tipo de Atendimento 34 - Tipo de Atendimento 35 - Tipo de Atendimento

26 - Tipo de Atendimento 36 - Tipo de Atendimento 37 - Tipo de Atendimento

27 - Tipo de Atendimento 38 - Tipo de Atendimento 39 - Tipo de Atendimento

28 - Tipo de Atendimento 40 - Tipo de Atendimento 41 - Tipo de Atendimento

29 - Tipo de Atendimento 42 - Tipo de Atendimento 43 - Tipo de Atendimento

30 - Tipo de Atendimento 44 - Tipo de Atendimento 45 - Tipo de Atendimento

31 - Tipo de Atendimento 46 - Tipo de Atendimento 47 - Tipo de Atendimento

8234785

2 - N° Guia no Prestador 27730620

Folha: 1 / 1

8234785

PRESCRIÇÃO.: 8173346 DATA: 22/02/2024 14:00
USUÁRIO.....: PJPSSANTOS
ATENDIMENTO: 8234785 DT NASC: 16/11/2012 (11A 3M 7D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 325044 - SAMUEL BRITO KOENEN
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/02/2024 13:36 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT.: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

8234785

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 XYLOCAINA 2% S/V 5ML INJ (MPP)	1	AMPOLA		IM	AGORA	[22/02] . 14:01

Justificativa.: MPP
Obs.: APLICAR SC PARA SUTURA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 SUTURA DE FERIMENTO DE PEQUENAS DIMENSOES	1					[22/02] . 14

Obs.: FCC DE REGIÃO DE MENTO
ASSEPSIA LOCAL,
SUTURA COM FIO 3-0
PONTOS DE SUTURA EM MENTO
CURATIVO OCLUEIVO APOS
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENICAS

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1					

Dr. João Paulo da Silva Santos
CRM-PR: 34162
22/02/2024 14:02

PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS
CRM-PR: 34162

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)	01	Seringa Descartável s/sg. 5ml
	Água Oxigenada - ml		Coletor de Urna Urofix		Fita adesiva - cm		Seringa Descartável s/sg. 10 ml
01	Agulha descartável 25x7 13x45	03	Compr. De gase 7,5x7,5 (setor)-un.		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/sg. 20 ml
01	Agulha descartável 40x12		Compr. De gase tipo queijo (45 cm)		Intracath infantil		Sonda de Aspiração nº
	Alcool Iodado - ml		Dreno pen rose nº 01		Lâmina de bisturi nº 11		Sonda Foley 2 vias nº
	Atadura algodão ortopédico 10 cm		Dreno pen rose nº 02	01	Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley 3 vias nº
	Atadura algodão ortopédico 20 cm		Dreno pen rose nº 03		Luva estéril nº	7,5	Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura crepom (PS/CC) 10 cm		Eletrodo desc. De papel - unidade		Luva de procedimento		Tala de Alumínio P
	Atadura crepom (PS/CC) 20 cm		Equipo macrogotas		Malha Tubular nº		Tala de Alumínio M
	Atadura gessada 10 cm		Equipo microgotas		Micropore 25 mm - cm		Tala de Alumínio G
	Atadura gessada 20 cm		Escalpe nº		Polifix Padrão		KIT DREN adulto
	Benzina - ml		Esparadrapo - cm		PVPI degermante		KIT DREN Infantil
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PVPI tóxico		Xylocaina 2% s/vaso
	Cadargo - 100 cm		Fio polycot 2-0 (P-13-T)		Salto de madeira adulto		
	Cânula end. S/balão nº		Fio Polycot 3-0 (P-14-T)		Salto de madeira infantil		
	Cânula end. C/balão nº	01	Fio Mononylon 3-0 (1129 T)		Seringa descartável s/sg. 3ml		

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Fixação de Escala de Soro	Punção Lombar
Aplicação IM	Fixação de Cateter de O2	Punção Venosa - Adulto
Aspiração	Flebotomia	Punção Venosa - Infantil
Cardioversão elétrica	Glicemia Capilar	Retirada de soro
Curativo PEQUENO	Monitorização Cardíaca - Início: fim:	Sondagem vesical de alívio
Curativo MÉDIO	Nebulização	Sondagem vesical de demora
Curativo GRANDE	Oxigênio - início: fim:	Sondagem nasogástrica
Drenagem torácica - KIT DREN	Passagem de Intracath	Traqueostomia
Eletrcardiograma - CG	Punção abdominal	Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

14:50h paciente admitido em PA infantil, acompanhada de mãe, mãe, que sofreu FCC em mente. Pedi para futura e curativos.

ALTA HS.

Carlo Beatriz de Barros
Enfermeira
CORENPR 506.813

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vinicius Roberto Caldeira Rocha
Nº da Carteirinha: 11.4.1711
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 30/10/2002

Nº da Guia: 16549

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/04/2024	21:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

Aluno em jogo de futsal no ginásio. Refere choque com terceiro e algia imediata em região ulnar de MSE. Apresenta edema e refere parestesia local. Aplico gelo e realizo imobilização.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Caroline Halles	(44) 99915-3656

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Junior	03/04/2024

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

Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.: _____

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

Trauma

Antebraço

E



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

2 - Nº Guia no Prestador 16549

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sanita

6 - Data Validade da Servico

7 - Numero da Guia Atribuido para Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

VINICIUS ROBERTO CALDEIRA ROCHA

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

258525

13 - Código da Operadora

14 - Nome da Contratada

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

23876304000112

15 - Nome do Profissional Solicitante

NOUR ALIMAN EL MAZOUZ SAID

16 - Conselho Profissional

06

17 - Numero no Conselho

038877

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

03/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - CI Solic.

28 - CI Autoriz.

1

0

31 - Código CNE/S

9365230

32 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

33 - Nome do Contrato

23876304000112

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo do Encaminhamento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Orde

43 - Via

44 - Tabela

45 - % Real / Aceite

46 - Valor Unitario (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Sanit

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Taxa Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Conselho

71 - Assinatura do CBO

72 - Assinatura do CBO

Impresso por: CIBR/ANVISA

Data Hora: 03/04/2024 15:16:32

Controlador: 9321120

Atendimento: 8321120

Controlador: INST ADVERTIS/ALAP

8321120



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

2 - Nº Guia no Prestador 8321120

Folha: 1 / 1

1 - Registro MS
000000

3 - Nr. Guia Paciente

4 - Data de Autuação

5 - Sessão

6 - Data Validação de Sessão

7 - Número da Guia Atualizada pelo Operador

8 - Nome do Beneficiário
258525

9 - Validação de Carteira

10 - Nome
VINICIUS ROBERTO CALDEIRA ROCHA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

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
NOUR ALIMAN EL MAJZOUB 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 de Solicitação
05/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
40803090

26 - Descrição
RX - COTOVELO

27 - C. Saúde
1

28 - Q. Autoriz.
0

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação ou Acidente (patológico ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Médico de Encaminhamento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Local

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - C. Saúde

43 - Via

44 - Taxa

45 - % Real / Aceito

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Especialista

48 - C. Saúde

49 - C. Saúde

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 do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Total de Procedimentos (R\$)

59 - Total Taxas em Aluguéis (R\$)

60 - Total Taxas em Visitas (R\$)

61 - Total Taxas em Medicamentos (R\$)

62 - Total Taxas em Outros (R\$)

63 - Assinatura do Responsável pela Autorização

64 - Total de Taxas em Aluguéis (R\$)

65 - Total Taxas em Visitas (R\$)

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Total de Taxas em Aluguéis (R\$)

70 - Total Taxas em Visitas (R\$)

71 - Total Taxas em Medicamentos (R\$)

72 - Total Taxas em Outros (R\$)

Impresso por: ICDILVERNE

Data: 05/04/2024 23:10:02

Cartão: 0021120

Atendimento: 0021120

Cliente: NBT ADVENTISTA/AB

8321120



Atendimento: 8321120 Pedido: 2945996 Ac. Number: 3690396
Registro / Nome: VINICIUS ROBERTO CALDEIRA ROCHA
Data de Nascimento: 30/10/2002 Idade: 21 anos, 5 meses e 4 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 03/04/2024 22:37:00 Laudado:
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE

RX - COTOVELO ESQUERDO

- Estruturas ósseas integras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

Página: 1 de 1

PRESCRIÇÃO.: 8289362 DATA: 03/04/2024 22:43
USUÁRIO....: PLVANDRADE
ATENDIMENTO: 8321120 DT NASC: 30/10/2002 (21A 5M 5D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 629538 - VINICIUS ROBERTO CALDEIRA ROCHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/04/2024 22:29 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

rx sem sinal de fratura com desvio ou luxação

pt
analgesia
orientações
atestado
repouso
alta

PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE
CRM-PR: 28131

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vitória da Silva Roja
Nº da Carteira: 11.4.213308
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 27/03/2006

Nº da Guia: 16650

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/04/2024	15:00:00	Trillife (rio)	Trillife

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Joelho Esquerdo

Descrição

Aluna participando do trillife, quando em uma das provas no rio, relata ter batido o joelho em uma pedra e ter sentido muita dor no momento. Apresenta dificuldade e dor para deambular.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Luiza Kaczinski	(51) 99695-9463

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Junior	08/04/2024

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

Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Gilberto G. E. M. Junior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731

Ass.:

Gilberto Junior

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 **16650**

Folha: 1 / 1

1 - Registro AAS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autuação

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
114213308

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

VITORIA DA SILVA ROJA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a BN

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
DANIELLE HORING GRUBERT

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

45480

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Data de Autuação

22 - Data da Solicitação

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

40804054

26 - Descrição

RX - Joelho

27 - Q.Dade

1

28 - Q1 Autoriz

0

29 - Tabela

30 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

40804054

31 - Descrição

RX - Joelho

32 - Q.Dade

1

33 - Q1 Autoriz

0

Dados do Contratado / Beneficiário

34 - Nome do Contratado

35 - Nome do Beneficiário

36 - Nome do Contratado

37 - Nome do Beneficiário

38 - Nome do Contratado

39 - Nome do Beneficiário

40 - Nome do Contratado

41 - Nome do Beneficiário

42 - Nome do Contratado

43 - Nome do Beneficiário

44 - Nome do Contratado

45 - Nome do Beneficiário

46 - Nome do Contratado

47 - Nome do Beneficiário

48 - Nome do Contratado

49 - Nome do Beneficiário

50 - Nome do Contratado

51 - Nome do Beneficiário

52 - Nome do Contratado

53 - Nome do Beneficiário

54 - Nome do Contratado

55 - Nome do Beneficiário

56 - Nome do Contratado

57 - Nome do Beneficiário

58 - Nome do Contratado

59 - Nome do Beneficiário

60 - Nome do Contratado

61 - Nome do Beneficiário

62 - Nome do Contratado

63 - Nome do Beneficiário

64 - Nome do Contratado

65 - Nome do Beneficiário

66 - Nome do Contratado

67 - Nome do Beneficiário

Dados do Atendimento

68 - Nome do Atendimento

69 - Nome do Atendimento

70 - Nome do Atendimento

71 - Nome do Atendimento

72 - Nome do Atendimento

73 - Nome do Atendimento

74 - Nome do Atendimento

75 - Nome do Atendimento

76 - Nome do Atendimento

77 - Nome do Atendimento

78 - Nome do Atendimento

79 - Nome do Atendimento

80 - Nome do Atendimento

81 - Nome do Atendimento

82 - Nome do Atendimento

83 - Nome do Atendimento

84 - Nome do Atendimento

85 - Nome do Atendimento

86 - Nome do Atendimento

87 - Nome do Atendimento

88 - Nome do Atendimento

89 - Nome do Atendimento

90 - Nome do Atendimento

91 - Nome do Atendimento

92 - Nome do Atendimento

93 - Nome do Atendimento

94 - Nome do Atendimento

95 - Nome do Atendimento

96 - Nome do Atendimento

97 - Nome do Atendimento

98 - Nome do Atendimento

99 - Nome do Atendimento

100 - Nome do Atendimento

101 - Nome do Atendimento

Dados da Execução / Procedimento e Exame Realizado

102 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

103 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

104 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

105 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

106 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

107 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

108 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

109 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

110 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

111 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

112 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

113 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

114 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

115 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

116 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

117 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

118 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

119 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

120 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

121 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

122 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

123 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

124 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

125 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

126 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

127 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

128 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

129 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

130 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

131 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

132 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

133 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

134 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

135 - Nome da Execução / Procedimento e Exame Realizado

Identificação do(á) Profissional(s) Executante(s)

40 - Seq. Prof

41 - Seq. Prof

42 - Seq. Prof

43 - Seq. Prof

44 - Seq. Prof

45 - Seq. Prof

46 - Seq. Prof

47 - Seq. Prof

48 - Seq. Prof

49 - Seq. Prof

50 - Seq. Prof

51 - Seq. Prof

52 - Seq. Prof

53 - Seq. Prof

54 - Seq. Prof

55 - Seq. Prof

56 - Seq. Prof

57 - Seq. Prof

58 - Seq. Prof

59 - Seq. Prof

60 - Seq. Prof

61 - Seq. Prof

62 - Seq. Prof

63 - Seq. Prof

64 - Seq. Prof

65 - Seq. Prof

66 - Seq. Prof

67 - Seq. Prof

68 - Seq. Prof

69 - Seq. Prof

70 - Seq. Prof

71 - Seq. Prof

72 - Seq. Prof

73 - Seq. Prof

04 - Data de Realização do Procedimento em Série

05 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

06 - Assinatura do Responsável pela Autuação

07 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

08 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

09 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

10 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

11 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

12 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

13 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: K083511VA

Data: 08/04/2024 10:25:56

Contador: 833060

Assinatura: 833060

Assinatura: 833060

Assinatura: 833060

Assinatura: 833060

Assinatura: 833060

Assinatura: 833060

Assinatura: 833060

8330680



1 - Registro ANS
000000

3 - M. Guia Física

4 - Data de Autorização

5 - Bateria

6 - Data validade da Bateria

7 - Número de Guia Autorizado pelo Operador

8 - Número da Carteira
114213308

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
VITORIA DA SILVA ROJA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Agendamento a 1h
N

Dados do Solicitante

13 - Código de Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
DANIELLE HORING GRUBERT

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

45480

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Causa do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
08/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22
25 - Código do Procedimento ou
10101039
26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qx Solic.
1

28 - Qx Anest.
0

Dados do Contratado - Encarregado

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 da Ação (relatório ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encaminhamento ou Atendimento

Dados de Encargos / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
37 - Hora Inicial
38 - Hora Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Cidade
43 - Via
44 - Tel.

45 - Nº Final / Anexo
46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Encarregado(a)

48 - Sexo: F/M

49 - Qx: Part

50 - Código na operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Czynosc Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativas

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Bateria (R\$)

62 - Total de Qx (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Materiais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pelo Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: MSIMENDES

Data/Hora: 08/04/2024 17:46:16

Consultoria: 8330680

Contato: INST ADVERTIS/TA,LP

8330680



Atendimento:	8330680	Pedido:	2948957	Ac. Number:	3694179
Registro / Nome:	VITORIA DA SILVA ROJA				
Data de Nascimento:	27/03/2006	Idade:	18 anos, 0 mês e 11 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	08/04/2024 17:57:00			Laudado:	09/04/2024 10:36:09
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	DANIELLE HORING GRUBERT				

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas normais.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PREScrição.: 8302908 DATA: 08/04/2024 17:56
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8330680 DT NASC: 27/03/2006 (18A 0M 13D)
CONVÊNIO....: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 629918 - VITORIA DA SILVA ROJA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/04/2024 17:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: DANIELLE HORING GRUBERT SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

DOR EM JOELHO DIREITO APOS TRAUMA DIRETO ONTEM. SEM OUTRAS QUEIXAS

AO EFO
PELE INTEGRAL
AUSENCIA DE EDEMA OU EQUIMOSE
DOR LOCAL A PALPAÇÃO
ADM PRESERVADA
MECANISMO DE FLEXO EXTENSAO PRESERVADO
NV PRESERVADO

CD
SOLICITO RX
REAVLIAÇÃO APÓS

8330680

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF JOELHO:A.P. - LATERAL E	1						
Justificativa.: TRAUMA							
Obs.: ESQUERDO							

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 CONSULTA HOSPITALAR	1						
EMERGENCIA/URGENCIA							



DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

CRM
45480

PRESCRIÇÃO.: 8303021 DATA: 08/04/2024 18:48
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8330680 DT NASC: 27/03/2006 (18A 0M 13D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 629918 - VITORIA DA SILVA ROJA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/04/2024 17:47 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: DANIELLE HORING GRUBERT SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

CRM 45480