

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Giovana Barbosa Montagnoli
Nº da Carteirinha: 11.1.9170
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 20/07/2007

Nº da Guia: 15434

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/02/2024	20:30:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluna em campeonato de futsal no ginásio. Refere torção em inversão de tornozelo em MID durante o jogo. Apresenta dificuldade para deambular, movimentar o membro, edema ++/++++ e algia intensa. Aplicado gelo, arnica, dolomita persistindo os sintomas.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Junior	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Junior	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

Encaminhado para avaliação ortopédica para definir conduta.

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 15434

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

4 - Data de Autorização

5 - Setor

9 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Valor da Carteira

8 - Nome Social

111970

10 - Nome

GIOVANA BARBOSA MONTAGNOLI

12 - Atendimento a RN

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
LUAN CELSO GONCALVES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
3151.7

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimento e Exame Solicitado

21 - Código do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
22/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
2

25 - Código do Procedimento ou Item Anamnese
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Valor da Consultoria Especial

28 - Código de Procedimento ou Item Anamnese
10101039

29 - Descrição
Consulta em pronto socorro

30 - Q1 Solic
1

31 - Q1 Autoriz
0

Dados do Contratado Beneficiário

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CHES
9365230

Dados de Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Registro de Atendimento

37 - Saúde Documental

Dados da Execução / Procedimento e Exame Realizado

38 - Data

39 - Hora Inicial

40 - Hora Final

41 - Código do Procedimento

42 - Descrição

43 - Q1e

44 - Via

45 - Tec

46 - % Real / Aceite

47 - Valor Urbano (R\$)

48 - Valor Total (R\$)

Identificação para Profissional Executante

48 - Sent Ref

49 - GR Part

50 - Código na operadora/CPF

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 Taxas e Aluguéis (R\$)

59 - Total de Taxas de Medicamentos (R\$)

60 - Total de Custos Médicos (R\$)

61 - Total Geral (R\$)

62 - Observação / Justificativa

63 - Total Procedimentos (R\$)

64 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

65 - Total de Taxas de Medicamentos (R\$)

66 - Total de Custos Médicos (R\$)

67 - Total Geral (R\$)

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LUBKACHESTI

Data: 22/02/2024 10:56:47

Contato: 8235469

Atendimento: 8235469

Correção: CLINICA ADVERTENTE - CLAC

8235469

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

2 - Nº Guia no Prestador 15434

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0
3 - Nr. Guia Principal
5 - Sessão

6 - Data Validade da Sessão
7 - Número da Guia Arquivo pelo Operador

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
9 - Valor da Co-Participação
10 - Nome
11 - Nome Social
12 - Atendimento a RM
N

GIOVANA BARBOSA MONTAGNOLI

Dados do Solicitante
13 - Código da Operadora
23876304000112
14 - Nome da Contratada
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante
LUAN CELSO GONCALVES
16 - Conselho Profissional
06
17 - Número no Conselho
3151.7
18 - UF
41
19 - Código CBO
225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
31517

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Código do Atendimento
2
22 - Data da Solicitação
23/02/2024
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Anestésico
26 - Descrição
27 - Q-Site
28 - Q-Fator
29 - RX - Pe ou pododactilo
30 - RX - Articular ou librolarica (tornozelo)
31 - Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento incruento

Dados do Contratado Existente
32 - Nome em Cartão
33 - Código na Operadora
23876304000112
34 - Nome da Contratada
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
35 - Nome do Encarregado do Atendimento
36 - Regime de atendimento
37 - Saúde Ocupacional
38 - Código CNEB
9365230

Dados do Exame / Procedimentos e Exames Realizados
39 - Data
40 - Hora
41 - Tipo de Exame
42 - Tipo de Exame
43 - Valor
44 - Taxa
45 - Realização
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

Identificação do Profissional Existente
48 - CBO
49 - Q-Fator
50 - Código na Operadora
51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho
54 - UF
55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Sessão
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Observação / Justificativa
59 - Total Procedimentos (R\$)
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
61 - Total Taxas de Utilidade (R\$)
62 - Total do CPME (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total Gases Medicinas (R\$)
65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ISADT/SP
Data: 23/02/2024 às 16:01
Central: 323560
Atendimento: 8235489
Central: CLINICA ADENINISTA - CLAC
8235469



Atendimento:	8235469	Pedido:	2919791	Ac. Number:	3657122
Registro / Nome:	GIOVANA BARBOSA MONTAGNOLI				
Data de Nascimento:	20/07/2007	Idade:	16 anos, 7 meses e 2 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	22/02/2024 20:36:00			Laudado:	29/02/2024 15:47:42
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	LUAN CELSO GONCALVES R				

RX - PÉ DIREITO (AP/OBLIQUO)

Estrutura óssea conservada.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

Não se observam fraturas desviadas ao método.

R JULIANA POLLA REINHEIMER

CRM- 52347

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento:	8235469	Pedido:	2919791	Ac. Number:	3657123
Registro / Nome:	GIOVANA BARBOSA MONTAGNOLI				
Data de Nascimento:	20/07/2007	Idade:	16 anos, 7 meses e 2 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	22/02/2024 20:36:00			Laudado:	29/02/2024 15:47:21
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	LUAN CELSO GONCALVES R				

RX - TORNOZELO DIREITO (AP/PERFIL)

Estrutura óssea conservada.
Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.
Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.
Não se observam fraturas desviadas ao método.

R JULIANA POLLA REINHEIMER

CRM- 52347

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 8174290 DATA: 22/02/2024 20:35
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8235469 DT NASC: 20/07/2007 (16A 7M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 539293 - GIOVANA BARBOSA MONTAGNOLI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/02/2024 19:54 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUAN CELSO GONCALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE VEM EM CONSULTA COM QUEIXA DE DOR EM MALEOLO LATERAL DIREITO HÁ 1 DIA APÓS ENTORSE NA ESCOLA

EFO
PELE INTEGRAL
EDEMA DISCRETA EM TORNOZELO DIREITO
ADM LIMITADA A DOR
DOR A PALPAÇÃO EM MALEOLO LATERAL

PT
RX
REAVALIO

8235469

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: trauma Obs.: direito	1						
2 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: dor Obs.: direito	1						

VISITA HOSPITALAR

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

RX
EXAME REALIZADO
DATA: / /
HORÁRIO: :
TÉCNICO:

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517



GIOVANA BARBOSA MONTENEGRO, I
Dt. NASC: 20/07/2007 Sx: F
Pront: 539293 Dt: 22/02/2024
CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLINIC



8235469

AXA DE SALV

Quant.	Material	Quant.	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 c n	Sonda Foley/2 vias nº			
Agulha descartável 25x7		Comp. Jirúrgica estéril	Polifix Padrão	Sonda Foley/3 vias nº			
Agulha descartável 40x12		Cateter Central	PVPi degemarte	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	Clorexedina Alcoolica	Sonda Nasoenteral			
Atadura algodão ortopédica 20cm		Equipo Macroplas	Seringa descartável 5/30ml	Bolsa Coletora Sistema Fechado			
Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Equipo Bomba	Seringa Descartável 5/50ml	Coletor Sistema Aberto			
Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo BIC Foto	Seringa Descartável 5/10ml	Tala de Alumínio P () M () G ()			
Atadura gessada 10cm		Escalpe nº	Seringa Descartável 5/20ml	Cateter Tipo Óculos			
Atadura gessada 20cm		Fio Catgut simples nº	Seringa Descartável 5/60 ml	Xylocaina gel			
Benzina - ml		Fio Mononylon nº	Seringa Insulina				
Bolsa de colostomia descartável		Lâmina de bisturi nº	Lanceta				
Cadafço - 100cm		Lâmina p/ tricotomia					
Cânula end. S/balão nº		Malha Tubular nº _____ cm					
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

Repor material necessário para a vida.

Assinatura: _____

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gustavo Leal Macedo
Nº da Carteirinha: 4.31.5497
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 17/11/2008

Nº da Guia: 16028

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/03/2024	13:59:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

Aluno torceu o joelho enquanto jogava futebol na educação física.

Testemunha da ocorrência

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Telefone

(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Data

15/03/2024

Local de atendimento

HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá

Endereço

Av. Independência

Nº

93

Bairro

Zona 04

Telefone

(44) 3032-1818
(44) 3220-6166

Observações

Aluno foi atendido pelo coordenador disciplinar que forneceu gelo e gelol. Foi feito o 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



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

2 - Nº Guia no Prestador 16028

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validada da Série

7 - Número da Guia Alinhado pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Guia Nacional de Saúde

12 - Assinatura a RSC

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Anestésico

26 - Descrição

27 - Or. Solic.

28 - Or. Autoriz.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CBO

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação da Atividade (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Nº Inicial

38 - Nº Final

39 - Título

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Orto.

43 - Via

44 - Tax.

45 - % Red. / Assoc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Situação

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número 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 - Assinatura do Responsável pela Autorização

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Total de Gastos Médicos (R\$)

67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Contratado

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Contratado

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Contratado

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Contratado

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Contratado

112 - Assinatura do Contratado

113 - Assinatura do Contratado

114 - Assinatura do Contratado

115 - Assinatura do Contratado

116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Contratado

118 - Assinatura do Contratado

119 - Assinatura do Contratado

120 - Assinatura do Contratado

121 - Assinatura do Contratado

122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Contratado

124 - Assinatura do Contratado

125 - Assinatura do Contratado

126 - Assinatura do Contratado

127 - Assinatura do Contratado

128 - Assinatura do Contratado

129 - Assinatura do Contratado

130 - Assinatura do Contratado

131 - Assinatura do Contratado

132 - Assinatura do Contratado

133 - Assinatura do Contratado

134 - Assinatura do Contratado

135 - Assinatura do Contratado

136 - Assinatura do Contratado

137 - Assinatura do Contratado

138 - Assinatura do Contratado

139 - Assinatura do Contratado

140 - Assinatura do Contratado

141 - Assinatura do Contratado

142 - Assinatura do Contratado

143 - Assinatura do Contratado

144 - Assinatura do Contratado

145 - Assinatura do Contratado

146 - Assinatura do Contratado

147 - Assinatura do Contratado

148 - Assinatura do Contratado

149 - Assinatura do Contratado

150 - Assinatura do Contratado

151 - Assinatura do Contratado

152 - Assinatura do Contratado

153 - Assinatura do Contratado

154 - Assinatura do Contratado

155 - Assinatura do Contratado

156 - Assinatura do Contratado

157 - Assinatura do Contratado

158 - Assinatura do Contratado

159 - Assinatura do Contratado

160 - Assinatura do Contratado

161 - Assinatura do Contratado

162 - Assinatura do Contratado

163 - Assinatura do Contratado

164 - Assinatura do Contratado

165 - Assinatura do Contratado

166 - Assinatura do Contratado

167 - Assinatura do Contratado

168 - Assinatura do Contratado

169 - Assinatura do Contratado

170 - Assinatura do Contratado

171 - Assinatura do Contratado

172 - Assinatura do Contratado

173 - Assinatura do Contratado

174 - Assinatura do Contratado

175 - Assinatura do Contratado

176 - Assinatura do Contratado

177 - Assinatura do Contratado

178 - Assinatura do Contratado

179 - Assinatura do Contratado

180 - Assinatura do Contratado

181 - Assinatura do Contratado

182 - Assinatura do Contratado

183 - Assinatura do Contratado

184 - Assinatura do Contratado

185 - Assinatura do Contratado

186 - Assinatura do Contratado

187 - Assinatura do Contratado

188 - Assinatura do Contratado

189 - Assinatura do Contratado

190 - Assinatura do Contratado

191 - Assinatura do Contratado

192 - Assinatura do Contratado

193 - Assinatura do Contratado

194 - Assinatura do Contratado

195 - Assinatura do Contratado

196 - Assinatura do Contratado

197 - Assinatura do Contratado

198 - Assinatura do Contratado

199 - Assinatura do Contratado

200 - Assinatura do Contratado

201 - Assinatura do Contratado

202 - Assinatura do Contratado

203 - Assinatura do Contratado

204 - Assinatura do Contratado

205 - Assinatura do Contratado

206 - Assinatura do Contratado

207 - Assinatura do Contratado

208 - Assinatura do Contratado

209 - Assinatura do Contratado

210 - Assinatura do Contratado

211 - Assinatura do Contratado

212 - Assinatura do Contratado

213 - Assinatura do Contratado

214 - Assinatura do Contratado

215 - Assinatura do Contratado

216 - Assinatura do Contratado

217 - Assinatura do Contratado

218 - Assinatura do Contratado

219 - Assinatura do Contratado

220 - Assinatura do Contratado

221 - Assinatura do Contratado

222 - Assinatura do Contratado

223 - Assinatura do Contratado

224 - Assinatura do Contratado

225 - Assinatura do Contratado

226 - Assinatura do Contratado

227 - Assinatura do Contratado

228 - Assinatura do Contratado

229 - Assinatura do Contratado

230 - Assinatura do Contratado

231 - Assinatura do Contratado

232 - Assinatura do Contratado

233 - Assinatura do Contratado

234 - Assinatura do Contratado

235 - Assinatura do Contratado

236 - Assinatura do Contratado

237 - Assinatura do Contratado

238 - Assinatura do Contratado

239 - Assinatura do Contratado

240 - Assinatura do Contratado

241 - Assinatura do Contratado

242 - Assinatura do Contratado

243 - Assinatura do Contratado

244 - Assinatura do Contratado

245 - Assinatura do Contratado

246 - Assinatura do Contratado

247 - Assinatura do Contratado

248 - Assinatura do Contratado

249 - Assinatura do Contratado

250 - Assinatura do Contratado

251 - Assinatura do Contratado

252 - Assinatura do Contratado

253 - Assinatura do Contratado

254 - Assinatura do Contratado

255 - Assinatura do Contratado

256 - Assinatura do Contratado

257 - Assinatura do Contratado

258 - Assinatura do Contratado

259 - Assinatura do Contratado

260 - Assinatura do Contratado

261 - Assinatura do Contratado

262 - Assinatura do Contratado

263 - Assinatura do Contratado

264 - Assinatura do Contratado

265 - Assinatura do Contratado

266 - Assinatura do Contratado

267 - Assinatura do Contratado

268 - Assinatura do Contratado

269 - Assinatura do Contratado

270 - Assinatura do Contratado

271 - Assinatura do Contratado

272 - Assinatura do Contratado

273 - Assinatura do Contratado

274 - Assinatura do Contratado

275 - Assinatura do Contratado

276 - Assinatura do Contratado

277 - Assinatura do Contratado

278 - Assinatura do Contratado

279 - Assinatura do Contratado

280 - Assinatura do Contratado

281 - Assinatura do Contratado

282 - Assinatura do Contratado

283 - Assinatura do Contratado

284 - Assinatura do Contratado

285 - Assinatura do Contratado

286 - Assinatura do Contratado

287 - Assinatura do Contratado

288 - Assinatura do Contratado

289 - Assinatura do Contratado

290 - Assinatura do Contratado

291 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 8282318

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - N. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sertha

6 - Data Validada da Sertha

7 - Número da Guia Anulada pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
437069458

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
GUSTAVO LEAL MACEDO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RH
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
RAFAEL HOBOLD HIDALGO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
43100

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Rafael Hobold Hidalgo

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Contêiner do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
18/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
ou Serviço Especializado
1 22 40804054
2 22 30730163

26 - Descrição
RX - Joelho
Trauma ligamentar agudo - tratamento conservador

27 - C.Sole. 1
28 - Cx. Autoriz. 0

Dados do Contratado

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 de Acidente (casual ou doença preexistente)

34 - Tipo da Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Função / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Data

43 - Via

44 - Teto

45 - % Real / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (do Profissional Exercitante)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operação/CPF

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 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: CFT/SLVIA

Operadora: 1803/2024 02:07:40

Contratado: 8282318

Atendimento: 8282318

Contrato: RNT ACIDENTAL/AP

8282318



Atendimento:	8282318	Pedido:	2934071	Ac. Number:	3675380
Registro / Nome:	GUSTAVO LEAL MACEDO				
Data de Nascimento:	17/11/2008	Idade:	15 anos, 3 meses e 28 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	15/03/2024 16:37:00			Laudado:	18/03/2024 08:31:26
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	LUAN CELSO GONCALVES R				

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas normais.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8234976 DATA: 15/03/2024 16:43
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8282318 DT NASC: 17/11/2008 (15A 3M 28D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 627828 - GUSTAVO LEAL MACEDO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/03/2024 16:05 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

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURAS OU LUXAÇÕES

DISTENSÃO LIGAMENTAR

CD;
- ORIENTAÇÕES
- ANALGESIA
- RETORNO
- ATESTADO

8282318

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 JOELHO, LESAO LIGAMENTAR AGUDA - INCRUENTO	1					[15/03] . 16:43

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517

PRESCRIÇÃO.: 8234961 DATA: 15/03/2024 16:36
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8282318 DT NASC: 17/11/2008 (15A 3M 28D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 627828 - GUSTAVO LEAL MACEDO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/03/2024 16:05 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 JOELHO ESQUERDO HOJE JOGANDO FUTEBOL

ADM COMPLETA POREM DOLOROSA
NEUROVASCULAR OK
SEM SINAIS DE DERRAME ARTICULAR OU INSTABILIDADE

CD:
- RX

8282318

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.: ESQ

VISITA HOSPITALAR

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

RX
EXAME REALIZADO
DATA: / /
HORÁRIO: :
TÉCNICO:

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM-PR: 31.517 / 1508
PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517



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

2 - Nº Guia no Prestador 8288323

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validada da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

114100559

10 - Nome
HELAIANE REGINA SANTOS SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
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
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

Dados do Atendimento

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
19/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - CI-S4K

28 - CI-Autoriz

29 - CI-S4K

30 - Valor Total (R\$)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Dados do Contratado

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 de Atendimento (incluindo ou excluindo
relacionados)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cuid

43 - Vis

44 - Tot

45 - % Real / Atenc

46 - Valor Líquido (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Prestador(a) Especializado(a)

48 - Seg. Prof

49 - GI Part

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data da Realização do Procedimento em São Paulo

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Manutenção (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Materiais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ERVASCONCEL.DS

Data impressa: 18/03/2024 10:30:53

Carteira: 6288323

Atendimento: 6288323

Contrato: INST. ADJ. 15.7-1-AP

8288323



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

2 - Nº Guia no Prestador 8288323

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autuação

5 - Sessão

6 - Data Válida da Sessão

7 - Número do Guia Alçado para Ocorrência

8 - Nome do Cursista
114100559

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
HELAINÉ REGINA SANTOS SILVA

11 - Número do Guia Nacional de Saúde

12 - Alvará de RPI
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Ocorrência
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ 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
ERM 45480

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Código do Atendimento
2

22 - Data de Solicitação
20/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22
25 - Código do Procedimento ou Item Anamnese
40804097

26 - Ex ou Podocactio
RX

27 - Qtd Sdx
1

28 - Qtd Autiz
0

HELAINÉ REGINA SANTOS SILVA
Dt. Nasc.: 14/04/2005 Sx: F
Pront.: 628163 Dt: 19/03/2024
INST. ADVENTISTA-IMP / COLÉGIO ADVE

8288323



Dados do Contrato Especial

29 - Código da Ocorrência
23876304000112

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

31 - Código CBO
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Acidentes (Acidentes ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encerramento do Atendimento

Dados da Encaminhamento / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data

37 - 1ª Sessão 38 - 2ª Sessão 39 - 3ª Sessão 40 - 4ª Sessão

41 - Descrição

42 - Qtd 43 - Via 44 - Tbc 45 - % Insc / Anest. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação (Nome, Profissão, Especialidade)

48 - Inst. Ref

49 - Cx. Pac

50 - Código da Ocorrência / Cx. Pac

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de OPIE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Materiais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autuação

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Imprimir por: CR SILVA

Data: 20/03/2024 09:45:30

Código: 8288323

Assinatura: 8288323

Contato: INST. ADVENTISTA-IMP

8288323



Atendimento:	8288323	Pedido:	2936023	Ac. Number:	3677811
Registro / Nome:	HELAINÉ REGINA SANTOS SILVA				
Data de Nascimento:	14/04/2005	Idade:	18 anos, 11 meses e 5 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	19/03/2024 11:21:00			Laudado:	27/03/2024 15:51:16
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	DANIELLE HORING GRUBERT				

RX - PÉ DIREITO

- Fratura da falange proximal do 5º pododáctilo.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PREScrição.: 8245035 DATA: 19/03/2024 11:19
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8288323 DT NASC: 14/04/2005 (18A 11M 6D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 628163 - HELAINE REGINA SAMTOS SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/03/2024 10:37 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA CONTUSO EM 5 DEDO PÉ DIREITO JOGANDO BOLA A DOIS DIAS

AO EFO
PELE INTEGR
EDEMA + EQUIMOSE
NV PRESERVADO
DOR A PALPAÇÃO LOCAL

CD
RX
REAValiação APOS

8288323

PREScrição MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl.	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1						
Justificativa.: DIREITO							

VISITA HOSPITALAR

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



DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

PRESCRIÇÃO.: 8245110 DATA: 19/03/2024 11:37
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8288323 DT NASC: 14/04/2005 (18A 11M 6D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 628163 - HELAINE REGINA SANTOS SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/03/2024 10:37 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX COM FRATURA 5º PODODACTILO À DIREITA

CD
REALIZO IMOBILIZAÇÃO
ORIENTAÇÕES
ANALGESIA
RETORNO AMBULATORIAL EM 2 SEMANAS
ATESTADO MÉDICO 30 DIAS

8288323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 ALTA MELHORADA							

Danielle H. Grubert
Ortopedista
CRM-PR 45.480 RQE 34.133
DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabela Rodrigues Ercolin
Nº da Carteirinha: 11.1.9139
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 16/06/2007

Nº da Guia: 16641

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

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, 5º Dedo Pé Esquerdo

Descrição

Aluna participando do trillife, refere torção em MIE. Apresenta edema +++/++++, equimose e dificuldade para deambular. Aplicado gelo e dolomita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Junior	07/04/2024

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.:

Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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 000000	3 - Nº Guia Principal	6 - Data Validação da Serra	7 - Número da Guia Emitido pelo Operador
4 - Data de Autorização	5 - Serra	8 - Nome do Beneficiário	9 - Nome do Profissional Solicitante
1119039		ISABELA RODRIGUES ERCOLIN	
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
21 - Código de Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/04/2024	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro
27 - CI SUSE 1		28 - CI ABRINTE 0	
Dados do Contratado Essencial			
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 de Atendimento (relatório ou documento relacionado)	
34 - Tipo de Atendimento		35 - Tipo de Consulta	
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
42 - Data 43 - Hora Inicial 44 - Hora Final 45 - Tabela 46 - Código do Procedimento 47 - Descrição			
48 - Data Inicial 49 - Data Final 50 - Código na Operação CNES 51 - Nome do Profissional			
52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CID			
56 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
60 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
62 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
64 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
66 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
69 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
71 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
73 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
75 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
77 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
79 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
81 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
83 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
85 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
87 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
89 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
91 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
93 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
95 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
97 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
99 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			

8330677



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

2. Nº Guia no Prestador 16641

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0000000

3 - Nº Guia Privada

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Vencida da Série

7 - Número da Guia Atrelado pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ISABELA RODRIGUES ERCOLIN

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura a RN
N

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 - Cartão do Atendimento

09/04/2024

22 - Indicação Clínica

2

23 - Indicação

24 - Código do Procedimento ou Item Anestesiológico

40804097

25 - Descrição

RX - Rx ou pododactilite

26 - Q1. Sólido

1

27 - Q1. Líquido

0

28 - Código da Operadora

23876304000112

29 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

30 - Código CBO

9365230

31 - Tipo de Atendimento

32 - Indicação de Atividade (resposta ou doença relacionada)

33 - Tipo de Consulta

34 - Método de Exame/Exame de Diagnóstico

35 - Q1. Sólido

1

36 - Q1. Líquido

0

37 - Q1. Sólido

1

38 - Q1. Líquido

0

39 - Q1. Sólido

1

40 - Q1. Líquido

0

41 - Q1. Sólido

1

42 - Q1. Líquido

0

43 - Q1. Sólido

1

44 - Q1. Líquido

0

45 - Q1. Sólido

1

46 - Q1. Líquido

0

47 - Q1. Sólido

1

48 - Q1. Líquido

0

49 - Q1. Sólido

1

50 - Q1. Líquido

0

51 - Q1. Sólido

1

52 - Q1. Líquido

0

53 - Q1. Sólido

1

54 - Q1. Líquido

0

55 - Q1. Sólido

1

56 - Q1. Líquido

0

57 - Q1. Sólido

1

58 - Q1. Líquido

0

59 - Q1. Sólido

1

60 - Q1. Líquido

0

61 - Q1. Sólido

1

62 - Q1. Líquido

0

63 - Q1. Sólido

1

64 - Q1. Líquido

0

65 - Q1. Sólido

1

66 - Q1. Líquido

0

Impresso por: KOBRA/VA

Data: 09/04/2024 10:31:22

Operador: R330877

Assinatura: R330877

Contrato: INST ADVENTISTA/PA-140

83.30677



Atendimento: 8330677 Pedido: 2948958 Ac. Number: 3694180
Registro / Nome: ISABELA RODRIGUES ERCOLIN
Data de Nascimento: 16/06/2007 Idade: 16 anos, 9 meses e 22 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 08/04/2024 17:58:00 Laudado: 09/04/2024
10:35:23
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: DANIELLE HORING GRUBERT

RX - PÉ ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8303037 DATA: 08/04/2024 18:53
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8330677 DT NASC: 16/06/2007 (16A 9M 24D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 629917 - ISABELA RODRIGUES ERCOLIN
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/04/2024 17:43 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

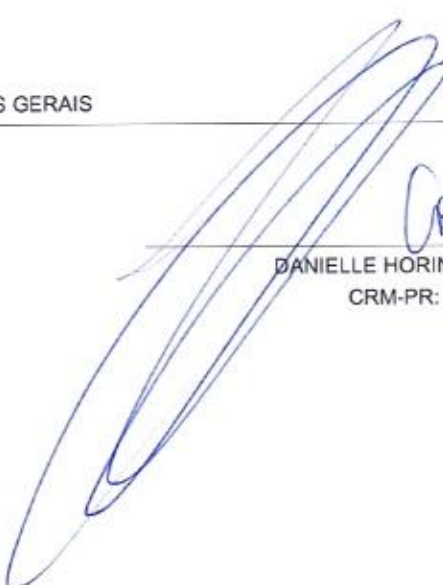
Rubrica do
Médico

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

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

PLANO TERAPEUTICO:
ALTA COM ANALGESIA + BOTA ORTOPÉDICA
ATESTADO 14 DIAS
GELO NO LOCAL
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS


DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luan Matheus Costa Santos
Nº da Carteira: 11.4.100960
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 14/04/2005

Nº da Guia: 16173



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/03/2024	20:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluno estava participando de jogo de futsal como goleiro quando o mesmo foi defender uma bola, que acabou batendo no 5º dedo da mão esquerda. Aluno refere dorsiflexão do, apresentando som de crepitação/ estalo (SIC). Relata ter sentido dor no momento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gabriella Bomfim	(41) 99735-7383

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfa Joserlania	21/03/2024

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

Apresenta edema e equimose em 5º dedo da mão esquerda e dificuldade para movimentar. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

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: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 16173

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

2 - Nº Guia Privada

3 - Data da Autorização

4 - Data Validada da Servir

5 - Número da Guia Atribuído para Operadora

6 - Nome do Operador
114100960

7 - Nome do Centro
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

8 - Nome do Centro Nacional de Saúde

9 - Atendimento a PDI
N

10 - Código da Operadora
23876304000112

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

12 - UF
41

13 - Código CBO
225225

14 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES

16 - Carimbo Profissional
06

17 - Número da Consulta
35916

18 - Data da Solicitação
22/03/2024

19 - Indicação Clínica

20 - CI SOLT
21 - CI ALIAR

22 - Data da Solicitação
22/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Data
22

25 - Código do Procedimento ou
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - CI SOLT
28 - CI ALIAR

29 - CI SOLT
30 - CI ALIAR

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

32 - Tipo de Atendimento
33 - Indicação de Atendimento (selecione ou descreva a necessidade)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encerramento de Atendimento

36 - Data
37 - Hora Inicial
38 - Hora Final
39 - Tempo
40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Data
43 - Hora
44 - Dia
45 - Hora / Anos
46 - Hora / Anos

47 - Valor Total (R\$)

48 - Nome do Operador
23876304000112

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8295621



Atendimento:	8295621	Pedido:	2938316	Ac. Number:	3680715
Registro / Nome:	LUAN MATHEUS COSTA SANTOS				
Data de Nascimento:	16/09/2004	Idade:	19 anos, 6 meses e 6 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	22/03/2024 10:46:00			Laudado:	27/03/2024
					07:32:50
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO				

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento:	8295621	Pedido:	2938316	Ac. Number:	3680716
Registro / Nome:	LUAN MATHEUS COSTA SANTOS				
Data de Nascimento:	16/09/2004	Idade:	19 anos, 6 meses e 6 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	22/03/2024 10:46:00			Laudado:	27/03/2024
					07:32:54
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO				

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PREScrição.: 8253695 DATA: 22/03/2024 11:05
USUÁRIO....: LOCAMPELO
ATENDIMENTO: 8295621 DT NASC: 16/09/2004 (19A 6M 5D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 628487 - LUAN MATHEUS COSTA SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/03/2024 10:17 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
COBERTURA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

PLANO TERAPEUTICO:
ALTA COM ANALGESIA
ATESTADO
GELO NO LOCAL
RETORNO S/N
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

8295621

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ -> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[22/03]	11:07
4 C.C. DECADRON 4MG/ML, AMPOLA 2,5ML, (IM, EV)	1	FR 2,5ML		EV	AGORA	[22/03]	11:07
5 C.C. TORADOL 30MG/1ML , AMP 1ML (EV, IM) -> AGULHA DESC 40 X 12 -> SERINGA DESC S/AGULHA 20ML BICO LISO -> SORO FISIOLOGICO 0,9% SOL NEB 10ML FR	1	AMPOLA		EV	AGORA	[22/03]	11:07

LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO
CRM-PR: 23055

PRESCRIÇÃO.: 8253623 DATA: 22/03/2024 10:43
USUÁRIO....: LOCAMPELO
ATENDIMENTO: 8295621 DT NASC: 16/09/2004 (19A 6M 5D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 628487 - LUAN MATHEUS COSTA SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/03/2024 10:17 0 DIAS(S) INT

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

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERE TRAUMA EM MÃO ESQUERDA HA 1 DIA

EF:
PELE INTEGRAL
ADM LIMITADA PELA DOR
NEUROVASCULAR PRESERVADA

PT:
RX

8295621

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

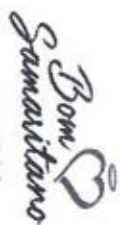
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	2						
Justificativa.: ESQ (500000)							
Obs.: AP + PERFIL + OB							

VISITA HOSPITALAR

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



LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO
CRM-PR: 23055



LUAN PATRICK COSTA SANTOS
Pront: 620487 Suo: N
D4: 22/03/2024 / COLÉGIO ADV
INST. ADVENTISTA-IMP / COLÉGIO ADV
PRONTO SOCORRO CARDIOLOGIA
8295621 114109960

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Compr. de gase 7.5 X 7.5 (setor) - un		Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº
	Agua Oxigenada - ml		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Estensolix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº
	Aguilha descartável 25x7		Comp. Cirurgica estéril		Polifix Padrao		Sonda Foley3 vias nº
1 + 2	Aguilha descartável 40x12		Cateter Central		PVPi degermante		Sonda Uretral nº
	Alcool Iodado - ml		Dreno de Torax nº		PVPi tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Eletrodo desc. de pape l- unidade		Clorexedina Alcodica		Sonda Nasoenteral
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Equipo Macrogotas	1	Seringa descartável s/ag3ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Equipo Bomba		Seringa Descartável s/ag5ml		Coletor Sistema Aberto
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo BIC Foto	1	Seringa Descartável s/ag10ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 10cm	1	Escalpe nº 23	1	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		Lanceta		
	Cadargo - 100cm		Lâmina pl tricotomia				
	Cânula end. S/balão nº		Malha Tubular nº cm				
	Cânula end. C/balão nº						
PROCEDIMENTOS							
Aplicação EV X	Drenagem torácica	Oxigênio: Início: ; Fim: ;	Sondagem vesical de alívio				
Aplicação IM	Eletrcardiograma	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							
HORA	PA	P	T	R	SAT	DOR	
						03 11:40 DT referi trauma em mão esquerda	
						Realizado xferencia de RX medicada CPB	
						Seguiu em alta após	

Elaine AP. da Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-PR 1342682

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luís Renato Croceta
Nº da Carteira: 11.1.13307
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 22/06/2008

Nº da Guia: 16639



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

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

Aluno participando do trillife, relata torção em joelho esquerdo em prova no rio. Relata sentir dor e dificuldade para flexionar o joelho. Realizado geloterapia. Apresenta edema +/++++.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto	(51) 98270-3529

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.

Ass.:

Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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

16639

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Ficha		7 - Numero da Guia Autorizado pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Sentença		9 - Validade da Carteira		10 - Nome	
8 - Numero da Carteira 11113307		11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN		N	

Dados do Segurado		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 - Numero no Conselho 45480	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados		21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 09/04/2024	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Anestésico 40804062	
26 - Descrição SX - Patela		27 - Qto. Sessão		28 - Qto. Autoc.	
1		22		40804062	

Dados do Contratado / Funcionário		29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
31 - Código CNES 9365230		32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Atendimento (Acidente ou Doença)	
34 - Tipo de Carteira		35 - Motivo da Encerramento do Atendimento		36 - Data	
37 - Início		38 - Fim		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qto. Sessão	
43 - Via		44 - Taxa		45 - Nr. Rót. / Atenc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Data	

Autenticação do Profissional (Assinatura)		49 - Gr. Part		50 - Código na Operadora/CNPJ		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Numero no Conselho		54 - IE		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização do Procedimento em Saúde		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total da Realização (R\$)	
60 - Total da Taxa e Autogestão (R\$)		61 - Total da Taxa de Material (R\$)		62 - Total de QPME (R\$)		63 - Total da Medicamentos (R\$)	
64 - Total da Gases Medicinais (R\$)		65 - Assinatura do Contratado		66 - Totalidade (R\$)		67 - Assinatura do Responsável pela Autorização	



8330671



Atendimento:	8330671	Pedido:	2948956	Ac. Number:	3694178
Registro / Nome:	LUIS RENATO CROCETA				
Data de Nascimento:	22/06/2008	Idade:	15 anos, 9 meses e 16 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	08/04/2024 17:55:00			Laudado:	09/04/2024 10:36:51
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	DANIELLE HORING GRUBERT				

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8302898 DATA: 08/04/2024 17:53
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO.: 8330671 DT NASC: 22/06/2008 (15A 9M 17D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 629916 - LUIS RENATO CROCETA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/04/2024 17:36 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

TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO HÁ 1 DIA. DOR LOCAL ASSOCIADA.

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

CD
SOLICITO RX
REAValiação APÓS

8330671

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF JOELHO OU ROTULA:A.P. - LAT. - AXIAL Justificativa.: TRAUMA Obs.: COM AXIAL DE PATELA - ESQUERDO	1						

VISITA HOSPITALAR

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

RX
EXAME REALIZADO
DATA ____/____/____
HORÁRIO: ____:____:____
TÉCNICO _____

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

PRESCRIÇÃO.: 8303018 DATA: 08/04/2024 18:45
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8330671 DT NASC: 22/06/2008 (15A 9M 17D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 629916 - LUIS RENATO CROCETA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/04/2024 17:36 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

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

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

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Lydia Bozelli Celória

Nº da Carteirinha: 4.31.5091

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 02/06/2012

Nº da Guia: 16088



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/03/2024	14:05:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Picada de inseto	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluna se queixou de uma picada de inseto porem não viu qual foi.

Testemunha da ocorrência

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Telefone

(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Data

19/03/2024

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

Aluna foi atendida pelo coordenador disciplinar e uma monitora, foi fornecido pomada para picada de inseto e solicitado o 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

Impresso por: Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

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

2 - Nº Guia no Prestador 16088

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

4 - Data de Autorização

5 - Sem

6 - Data Válida até Serviço

7 - Número da Guia Atendido pelo Operadora

8 - Número da Carteira

4315091

9 - Nome Social

MARIA LYDIA BOZELLI CELORIA

12 - Atendimento a RN

N

10 - Nome

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

11 - Código da Operadora

10 - Código Profissional

AMANDA SIMAO VIGO

43057

41

225124

30 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data de Solicitação

19/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou

26 - Descrição

27 - Quantidade

28 - Valor Unitário

29 - Valor Total

30 - Valor Total

31 - Valor Total

32 - Valor Total

33 - Valor Total

34 - Valor Total

35 - Valor Total

36 - Valor Total

37 - Valor Total

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou acompanhante)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Regime de Atendimento

37 - Regime de Atendimento

38 - Regime de Atendimento

39 - Regime de Atendimento

40 - Regime de Atendimento

41 - Regime de Atendimento

42 - Regime de Atendimento

43 - Regime de Atendimento

36 - Data

37 - Data

38 - Data

39 - Data

40 - Data

41 - Data

42 - Data

43 - Data

44 - Data

45 - Data

46 - Data

47 - Data

48 - Data

Identificação do(a) Profissional(a) Responsável

49 - Data

50 - Data

51 - Data

52 - Data

53 - Data

54 - Data

55 - Data

56 - Data

57 - Data

58 - Data

59 - Data

60 - Data

61 - Data

62 - Data de Realização de Procedimento em 56h

63 - Data

64 - Data

65 - Data

66 - Data

67 - Data

68 - Data

69 - Data

70 - Data

71 - Data

72 - Data

73 - Data

74 - Data

75 - Data

65 - Observação / Justificativa

MARIA LYDIA BOZELLI CELORIA
Paciente 328253
01. Atend. 18/03/2024 - Susc. P.
CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLT
PRONTO ATEND. PEDIATRICO - HBSH
8289017 4315091

66 - Total Procedimentos (RS)

67 - Total Taxas e Aluguéis (RS)

68 - Total Taxas de Materiais (RS)

69 - Total de CPVE (RS)

70 - Total de Medicamentos (RS)

71 - Total Gases Médicos (RS)

72 - Total Geral (RS)

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário

75 - Assinatura do Contador

Impresso por: RBC/2024

Data: 19/03/2024 14:48:45

Código de Acesso: 8289017

Atendimento: 8289017

Centro: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8289017

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Mateus Silveira Xavier
Nº da Carteirinha: 11.4.207174
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 29/07/2003

Nº da Guia: 15307.002



Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
28/02/2024	13:52:36	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

Aluno relata que estava participando de um treino para o jogo de basquete, novato X veterano e ao pular para receber uma bola, pisou de mal jeito, caiu e virou o joelho para dentro. Relata que a dor foi intensa e apareceu edema imediato.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Rafael Barcik	(41) 99747-8422

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto	17/02/2024

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

Motivo do Retorno

Autorização para ressonância magnética solicitado pelo Dr. Nour Aliman. Exame agendado para 29/02/2024 às 14:00h.

Ass.: Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - 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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 743

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

0

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Autorizada pelo Operadora

8 - Nome da Carteira

5128788832

9 - Validade da Carteira

31/12/2024

10 - Nome

MATEUS SILVEIRA XAVIER

11 - Assinatura do Profissional Solicitante

N

12 - Assinatura a RV

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ 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 - Código de Atendimento

22 - Data de Solicitação

27/02/2024

23 - Indicação Clínica

RM JOELHO ESQUERDO

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Q1 Solicite

28 - Q1 Autoriz

29 - Q1 Solicite

30 - Q1 Autoriz

31 - Código CNEB

32 - Código CBO

33 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR

34 - Código na Operadora

238763040001

35 - Tipo de Atendimento

36 - Indicação do Acidente (Acidente ou doença relacionada)

37 - Tipo de Consulta

38 - Motivo do Encerramento do Atendimento

39 - Roteiro de atendimento

40 - Data

41 - Data

42 - Data

43 - Data

44 - Data

45 - Data

46 - Data

47 - Data

48 - Data

49 - Data

50 - Data

51 - Data

52 - Data

53 - Data

54 - Data

55 - Data

56 - Data

57 - Data

58 - Data

59 - Data

60 - Data

61 - Data

62 - Data

63 - Data

64 - Data

65 - Data

66 - Data

67 - Data

68 - Data

69 - Data

70 - Data

71 - Data

72 - Data

73 - Data

74 - Data

75 - Data

76 - Data

77 - Data

78 - Data

79 - Data

80 - Data

81 - Data

82 - Data

83 - Data

84 - Data

85 - Data

86 - Data

87 - Data

88 - Data

89 - Data

90 - Data

91 - Data

92 - Data

93 - Data

94 - Data

95 - Data

96 - Data

97 - Data

98 - Data

99 - Data

100 - Data

101 - Data

102 - Data

103 - Data

104 - Data

105 - Data

106 - Data

107 - Data

108 - Data

109 - Data

110 - Data

111 - Data

112 - Data

113 - Data

114 - Data

115 - Data

116 - Data

117 - Data

118 - Data

119 - Data

120 - Data

121 - Data

122 - Data

123 - Data

124 - Data

125 - Data

126 - Data

127 - Data

128 - Data

129 - Data

130 - Data

131 - Data

132 - Data

133 - Data

134 - Data

135 - Data

136 - Data

137 - Data

138 - Data

139 - Data

140 - Data

141 - Data

142 - Data

143 - Data

144 - Data

145 - Data

146 - Data

147 - Data

148 - Data

149 - Data

150 - Data

151 - Data

152 - Data

153 - Data

154 - Data

155 - Data

156 - Data

157 - Data

158 - Data

159 - Data

160 - Data

161 - Data

162 - Data

163 - Data

164 - Data

165 - Data

166 - Data

167 - Data

168 - Data

169 - Data

170 - Data

171 - Data

172 - Data

173 - Data

174 - Data

175 - Data

176 - Data

177 - Data

178 - Data

179 - Data

180 - Data

181 - Data

182 - Data

183 - Data

184 - Data

185 - Data

186 - Data

187 - Data

188 - Data

189 - Data

190 - Data

191 - Data

192 - Data

193 - Data

194 - Data

195 - Data

196 - Data

197 - Data

198 - Data

199 - Data

200 - Data

201 - Data

202 - Data

203 - Data

204 - Data

205 - Data

206 - Data

207 - Data

208 - Data

209 - Data

210 - Data

211 - Data

212 - Data

213 - Data

214 - Data

215 - Data

216 - Data

217 - Data

218 - Data

219 - Data

220 - Data

221 - Data

222 - Data

223 - Data

224 - Data

225 - Data

226 - Data

227 - Data

228 - Data

229 - Data

230 - Data

231 - Data

232 - Data

233 - Data

234 - Data

235 - Data

236 - Data

237 - Data

238 - Data

239 - Data

240 - Data

241 - Data

242 - Data

243 - Data

244 - Data

245 - Data

246 - Data

247 - Data

248 - Data

249 - Data

250 - Data

251 - Data

252 - Data

253 - Data

254 - Data

255 - Data

256 - Data

257 - Data

258 - Data

259 - Data

260 - Data

261 - Data

262 - Data

263 - Data

264 - Data

265 - Data

266 - Data

267 - Data

268 - Data

269 - Data

270 - Data

271 - Data

272 - Data

273 - Data

274 - Data

275 - Data

276 - Data

277 - Data

278 - Data

279 - Data

280 - Data

281 - Data

282 - Data

283 - Data

284 - Data

285 - Data

286 - Data

287 - Data

288 - Data

289 - Data

290 - Data

291 - Data

292 - Data

293 - Data

294 - Data

295 - Data

296 - Data

297 - Data

298 - Data

299 - Data

300 - Data

301 - Data

302 - Data

303 - Data

304 - Data

305 - Data

306 - Data

307 - Data

308 - Data

309 - Data

310 - Data

311 - Data

312 - Data

313 - Data

314 - Data

315 - Data

316 - Data

317 - Data

318 - Data

319 - Data

320 - Data

321 - Data

322 - Data

323 - Data

324 - Data

325 - Data

326 - Data

327 - Data

328 - Data

329 - Data

330 - Data

331 - Data

332 - Data

333 - Data

334 - Data

335 - Data

336 - Data

337 - Data

338 - Data



Atendimento:	8249362	Pedido:	2924035	Ac. Number:	3662550
Registro / Nome:	MATEUS SILVEIRA XAVIER				
Data de Nascimento:	29/07/2003	Idade:	20 anos, 7 meses e 0 dia	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	29/02/2024 13:41:00			Laudado:	05/03/2024
					16:39:38
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID R				

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

MÉTODO

Exame de ressonância magnética realizado pelas técnicas de FSE, com ponderações em T1 e T2, com aquisições multiplanares.

ANÁLISE

Contusões no aspecto posterior dos platôs tibiais e na periferia do côndilo femoral lateral.

Patela tópica.

Superfícies condrais preservadas.

Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal preservados.

Meniscos lateral e medial sem alterações.

Rotura completa do ligamento cruzado anterior.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais íntegros.

Estruturas tendíneas sem alterações.

Moderado derrame articular.

Fossa poplíteia livre.

Laudado por:

Dr. Gustavo Leme

CRM - PR: 28571

Responsável Técnico: Dr. Renê Keizo Arikawa

RENÊ KEIZO ARIKAWA

CRM- SP: 98744

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Myrella Nunes de Lima Coelho
Nº da Carteira: 11.1.13379
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 15/07/2006

Nº da Guia: 16259

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/03/2024	23:02:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

A aluna estava em um treino de futebol, ela recebeu uma bola, dominou a bola errada acabou pisando em cima da bola e torceu o pé e continuou jogando, após isso sentiu o pé falhando e caiu no chão, levantou e se direcionou pulando para o residencial. Chegou com muita dor e quem prestou os primeiros socorros viu q a lateral estava inchado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Larissa Felix	(92) 98456-9328

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gabrielly Brito	25/03/2024

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

A aluna foi atendida pela monitora, recebeu primeiro socorros de uma estudante de enfermagem do 4º ano e foi encaminhada para o hospital para a realização de um RX.

Adrielly Lima
PRECEPTORA

Ass.: _____

Residencial Feminino

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: 15.116.763/0003-31

Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / ortoaalegre.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 16259

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data Validade da Guia

7 - Número da Guia Autorizado pelo Operador

8 - Número da Carteira

9 - Nome

10 - Número do Cartão Nacional de Saúde

11 - Assinatura do Profissional Solicitante

12 - Assinatura do RN

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cuidado do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou

26 - Descrição

27 - Qx Solic.

28 - Qx Autoriz.

29 - Tipo Atendimento

30 - Indicação de Admissão (incidente ou doença relacionada)

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

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Admissão (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - H. Inicial

38 - H. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cód. CBO

43 - Via

44 - Teto

45 - % Real / Nominal

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Nome do Profissional

49 - Número no Conselho

50 - UF

51 - Código CBO

52 - Data de Realização do Procedimento em Série

53 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54 - Total de Procedimentos (R\$)

55 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

56 - Total Taxas de Materiais (R\$)

57 - Total de Qx (R\$)

58 - Total de Medicamentos (R\$)

59 - Total Gastos Médicos (R\$)

60 - Assinatura do Contratado

61 - Assinatura do Responsável pela Autorização

62 - Assinatura do Beneficiário

63 - Assinatura do Profissional

64 - Assinatura do Profissional

65 - Assinatura do Profissional

66 - Assinatura do Profissional

67 - Assinatura do Profissional

68 - Assinatura do Profissional

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Profissional

71 - Assinatura do Profissional

72 - Assinatura do Profissional

73 - Assinatura do Profissional

74 - Assinatura do Profissional

75 - Assinatura do Profissional

76 - Assinatura do Profissional

77 - Assinatura do Profissional

78 - Assinatura do Profissional

79 - Assinatura do Profissional

80 - Assinatura do Profissional

81 - Assinatura do Profissional

82 - Assinatura do Profissional

83 - Assinatura do Profissional

84 - Assinatura do Profissional

85 - Assinatura do Profissional

86 - Assinatura do Profissional

87 - Assinatura do Profissional

88 - Assinatura do Profissional

89 - Assinatura do Profissional

90 - Assinatura do Profissional

91 - Assinatura do Profissional

92 - Assinatura do Profissional

93 - Assinatura do Profissional

94 - Assinatura do Profissional

95 - Assinatura do Profissional

96 - Assinatura do Profissional

97 - Assinatura do Profissional

98 - Assinatura do Profissional

99 - Assinatura do Profissional

100 - Assinatura do Profissional

8301186



Atendimento:	8301186	Pedido:	2940423	Ac. Number:	3683332
Registro / Nome:	MYRELLA NUNES DE LIMA COELHO				
Data de Nascimento:	15/07/2006	Idade:	17 anos, 8 meses e 11 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	26/03/2024 00:38:00			Laudado:	27/03/2024 08:51:19
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID				

RX - PÉ DIREITO (AP/OBLIQUA).

Estrutura óssea conservada.

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

YAN FURQUIM DEPIERI

CRM- 48600

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento:	8301186	Pedido:	2940423	Ac. Number:	3683333
Registro / Nome:	MYRELLA NUNES DE LIMA COELHO				
Data de Nascimento:	15/07/2006	Idade:	17 anos, 8 meses e 11 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	26/03/2024 00:38:00			Laudado:	27/03/2024 08:51:30
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID				

RX - TORNOZELO DIREITO (AP/OBLIQUA).

Estrutura óssea conservada.

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Aumento de volume em partes moles em região de maléolo lateral.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

YAN FURQUIM DEPIERI

CRM- 48600

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 8263669 DATA: 26/03/2024 00:56
USUÁRIO....: NAEMSAID
ATENDIMENTO: 8301186 DT NASC: 15/07/2006 (17A 8M 12D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 628763 - MYRELLA NUNES DE LIMA COELHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/03/2024 00:02 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL COSTA NABAS SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM TORNOZELO APOS QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA ASSOCIADA A ENTORSE DE TORNOZELO. APRESENTA EDEMA IMPORTANTE LOCAL E DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO.

AO EXAME FÍSICO:

PELE ÍNTEGRA, AUSÊNCIA DE EQUIMOSE, AUSÊNCIA DE HEMATO, SEM CREPITAÇÃO A PALPAÇÃO, SEM DEFORMIDADE ANATÔMICA. DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO ARTICULAR E MALEOLAR. GAVETA ANTERIOR E ESTRESS DE LATERALIZAÇÃO COM DOR IMPORTANTE

HD\ LESÃO DE PARTES MOLES - LIGAMENTAR.

PLANO TERAPÊUTICO:

- ORIENTAÇÕES AO PACIENTE QUANTO A GRAVIDADE E AOS CUIDADOS A SEREM TOMADOS.
- ANALGESIA, RECEITA, IMOBILIZAÇÃO
- RETORNO AMBULATORIAL
- FORNEÇO ATESTADO
- A DISPOSIÇÃO

8301186

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3	C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[26/03]
	-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA				
4	C.C. TORADOL 30MG/1ML , AMP 1ML (EV, IM)	1	AMPOLA		EV	AGORA	[26/03]
	-> AGULHA DESC 40 X 12	1	UNIDADE				
	-> SERINGA DESC S/AGULHA 20ML BICO LISO	1	UNIDADE				
	-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% SOL NEB 10ML FRS	2	FRASCO				

NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 038877

PRESCRIÇÃO.: 8263651 DATA: 26/03/2024 00:37
USUÁRIO....: NAEMSAID
ATENDIMENTO: 8301186 DT NASC: 15/07/2006 (17A 8M 12D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 628763 - MYRELLA NUNES DE LIMA COELHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/03/2024 00:02 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: RAFAEL COSTA NABAS SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

8301186

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: D	1						
2 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: D	1						

NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 038877

RX
EXAME REALIZADO
DATA: / /
HORÁRIO: :
TÉCNICO:

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		8301186			
	Água Oxigenada – ml	Compr. de gase 7.5 x 7.5 (setor) - un		Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº
	Agulha descartável 25x7	Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Estensiofix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº
	Agulha descartável 40x12	Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias nº
2	Alcool Iodado – ml	Cateter Central		PVPi degermante		Sonda Uretral nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm	Dreno de Tórax nº		PVPi tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 20cm	Eletrodo desc. de pape l- unidade		Clorexedina Alcoólica		Sonda Nasoenteral
4	Atadura crepom (PS/CC) 10cm	Equipo Macrogolias		Seringa descartável s/ ag3ml		Fólsa Coletora Sistema Fechado
4	Atadura crepom (PS/CC) 20cm	Equipo Bomba		Seringa Descartável s/ ag5ml		Coletor Sistema Aberto
4	Atadura gessada 10cm	Equipo BIC Foto		Seringa Descartável s/ ag10ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 20cm	Escalpe nº 24		Seringa Descartável s/ ag20ml		Cateter Tipo Óculos
	Benzina – ml	Fio Catgut simples nº		Seringa Descartável s/ ag60 ml		Xylocalina gel
	Bolsa de colostomia descartável	Fio Mononylon nº		Seringa Insulina		
	Cadargo – 100cm	Lâmina de bisturi nº		Lanceta		
	Canula end. S/balão nº	Lâmina p/ tricotomia				
	Canula end. C/balão nº	Malha Tubular nº cm				

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Drenagem torácica	Oxigênio: Início: : Fim: :	Sondagem vesical de alívio
Aplicação IM	Eleitrocardiograma	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

Do em Tororib i luto eao X
e anadgmas i luto tala equecto

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
Pediatra
Especialista em RM

N

1 - Registro ABO
0

4 - Data de autorização
15/4/20

8 - Número da Carteira
4314847

10 - Nome
SAMUEL BRITO KOENEN

13 - Código da Operadora
23876304000112

15 - Nome do Profissional Solicitante
SUELEN NAKAHARA DE GOUVEIA RODRIGUES

21 - Caudex do Atendimento
2

23 - Data da Solicitação
22/02/2024

24 - Tabela
1 22 10101039

25 - Código do Procedimento ou Item Anamnese
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Q. SAE
1

28 - Q. Atende
0

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

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

31 - Código CNE-ES
9365230

32 - Tipo de Atendimento
33 - Indicação de Atividade (dentro ou fora do consultório)

34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
37 - Hora
38 - Hora Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição
42 - Q. SAE
43 - Via
44 - Tabela
45 - % Total Atende
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

48 - Tipo de Procedimento
49 - Q. SAE
50 - Categoria Operadora (COP)
51 - Nome em Português
52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho
54 - UF
55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em São Paulo
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 CPME (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total Gastos Hospitalares (R\$)
65 - Total Gastos (R\$)

Assinatura do Responsável pelo Atendimento

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Contratado

Impresso por: BOMSAMOS

Data: 22/02/2024 13:38:52

Gerado em: 12/02/2024

Atendimento: 8234785

Endereço: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8234785

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

2 - Nº Guia no Prestador 27730620

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atibuido pela Operadora

8 - Número da Carteira
4314847

9 - Validade da Carteira

10 - Nome Social

10 - Nome
SAMUEL BRITO KOENEN

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solidário
PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
34162

18 - UF
41

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Profissional Solidário

21 - Código do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
22/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1
2
22
MEDICAMENTOS
ou Item Assistencial
72999999
30101794
Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento

27 - Q1 Solic.
1

28 - Q1 Atend.
0

60 - Indicar se Consulta Especial

Dados do Contratado Exatente

29 - Código na Operadora
23876304000112
30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNEB
9366230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Atendimento (admitido ou divergência
relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

41 - Razão da anulação

42 - Sausa Ocupacional

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

42 - Q10c 43 - Via 44 - Tec.

45 - % Real / Acum. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Prestador(a) Exatente(a)

48 - Org. Recl. 49 - Gr. Part. 50 - Código na operação/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPUe (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ISSP/ENERGIA

Carimbo: 22/02/2024 15:30:37

Carimbo: 02/24/78

Assinatura: 02/24/78

Carimbo: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

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 Urina 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 de 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

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

ALTA HS.

Carla Beatriz de Jesus Barreto
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 - Carteira 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 Sane

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 OPM (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/ANVZ

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 - Servo

6 - Data Validação de Servo

7 - Número da Guia Atividade 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 do Conselho
038877

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
22 - Data de Solicitação
05/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
40803090

26 - Descrição
RX - COTOVELO

27 - Cx. Solic.
1

28 - Qx. 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 - H. Inicial
38 - H. Final
39 - Local
40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cx. Solic.
43 - Vix.
44 - Txc.

45 - % Real / Aceito
46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Cx. Pac.
49 - Cx. Pac.
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 Procedimentos (R\$)

59 - Total Taxas em Aluguéis (R\$)

60 - Total Taxas em Visitas (R\$)

61 - Total Taxas em Medicamentos (R\$)

62 - Total Taxas em Exames (R\$)

63 - Total Taxas em Outros (R\$)

64 - Total Taxas em Outros (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autuação

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Profissional

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Profissional

71 - Assinatura do Profissional

72 - Assinatura do Profissional

73 - Assinatura do Profissional

74 - Assinatura do Profissional

75 - Assinatura do Profissional

Impresso por: ICDULMERIE

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

Cartão: 0021120

Assinatura: 0021120

Cartão: 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 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autuação

5 - Setor

6 - Data Validade da Setor

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Número da Carteira

10 - Nome

11 - Validade da Carteira

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Assinatura a REN

14 - Assinatura a REN

15 - Assinatura a REN

16 - Assinatura a REN

17 - Assinatura a REN

18 - Assinatura a REN

19 - Assinatura a REN

20 - Assinatura a REN

21 - Assinatura a REN

22 - Assinatura a REN

23 - Assinatura a REN

24 - Assinatura a REN

25 - Assinatura a REN

26 - Assinatura a REN

27 - Assinatura a REN

28 - Assinatura a REN

29 - Assinatura a REN

30 - Assinatura a REN

31 - Assinatura a REN

32 - Assinatura a REN

33 - Assinatura a REN

8 - Número da Carteira
114213308

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

VITORIA DA SILVA ROJA

11 - Validade da Carteira

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Assinatura a REN

14 - Assinatura a REN

15 - Assinatura a REN

16 - Assinatura a REN

17 - Assinatura a REN

18 - Assinatura a REN

19 - Assinatura a REN

20 - Assinatura a REN

21 - Assinatura a REN

22 - Assinatura a REN

23 - Assinatura a REN

24 - Assinatura a REN

25 - Assinatura a REN

26 - Assinatura a REN

27 - Assinatura a REN

28 - Assinatura a REN

29 - Assinatura a REN

30 - Assinatura a REN

31 - Assinatura a REN

32 - Assinatura a REN

33 - Assinatura a REN

34 - Assinatura a REN

35 - Assinatura a REN

11 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

16 - Código Profissional

06

17 - Número no Conselho

45480

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Assinatura do Profissional Solicitante

22 - Assinatura do Profissional Solicitante

23 - Assinatura do Profissional Solicitante

24 - Assinatura do Profissional Solicitante

25 - Assinatura do Profissional Solicitante

26 - Assinatura do Profissional Solicitante

27 - Assinatura do Profissional Solicitante

28 - Assinatura do Profissional Solicitante

29 - Assinatura do Profissional Solicitante

30 - Assinatura do Profissional Solicitante

31 - Assinatura do Profissional Solicitante

32 - Assinatura do Profissional Solicitante

33 - Assinatura do Profissional Solicitante

34 - Assinatura do Profissional Solicitante

35 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento
2

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. Data

28 - Q. Autoriz

29 - Q. Data

30 - Q. Data

31 - Q. Data

32 - Q. Data

33 - Q. Data

34 - Q. Data

35 - Q. Data

36 - Q. Data

37 - Q. Data

38 - Q. Data

39 - Q. Data

40 - Q. Data

41 - Q. Data

42 - Q. Data

43 - Q. Data

44 - Q. Data

45 - Q. Data

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou

Item Assistencial

40804054

26 - Descrição

RX - Joelho

27 - Q. Data

28 - Q. Autoriz

29 - Q. Data

30 - Q. Data

31 - Q. Data

32 - Q. Data

33 - Q. Data

34 - Q. Data

35 - Q. Data

36 - Q. Data

37 - Q. Data

38 - Q. Data

39 - Q. Data

40 - Q. Data

41 - Q. Data

42 - Q. Data

43 - Q. Data

44 - Q. Data

45 - Q. Data

Dados do Contratado / Beneficiário

25 - 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 de Atividade (valor de 0 a 100)

34 - Tipo de Consulta

35 - Horário de Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cód. 43 - Via

44 - Telo

45 - % Real / Autoriz

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Dados da Execução / Procedimento e Exame Realizado

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cód. 43 - Via

44 - Telo

45 - % Real / Autoriz

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Prof

49 - Q. Prof

50 - Código na Operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

04 - Data de Realização do Procedimento em Série

07 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

08 - Data de Realização do Procedimento em Série

09 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

10 - Data de Realização do Procedimento em Série

11 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

12 - Data de Realização do Procedimento em Série

13 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

14 - Data de Realização do Procedimento em Série

15 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

16 - Data de Realização do Procedimento em Série

17 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

18 - Data de Realização do Procedimento em Série

19 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

20 - Data de Realização do Procedimento em Série

21 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

22 - Data de Realização do Procedimento em Série

23 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

24 - Data de Realização do Procedimento em Série

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

26 - Data de Realização do Procedimento em Série

27 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

28 - Data de Realização do Procedimento em Série

29 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

30 - Data de Realização do Procedimento em Série

31 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

32 - Data de Realização do Procedimento em Série

33 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

34 - Data de Realização do Procedimento em Série

35 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

36 - Data de Realização do Procedimento em Série

37 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

38 - Data de Realização do Procedimento em Série

39 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

40 - Data de Realização do Procedimento em Série

41 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

42 - Data de Realização do Procedimento em Série

65 - Total Procedimentos (R\$)

66 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

67 - Total Taxas de Materiais (R\$)

68 - Total Taxas de Consultas (R\$)

69 - Total Taxas de Medicamentos (R\$)

70 - Total Taxas de Exames (R\$)

71 - Total Taxas de Outros (R\$)

72 - Total Taxas de Outros (R\$)

73 - Total Taxas de Outros (R\$)

74 - Total Taxas de Outros (R\$)

75 - Total Taxas de Outros (R\$)

76 - Total Taxas de Outros (R\$)

77 - Total Taxas de Outros (R\$)

78 - Total Taxas de Outros (R\$)

79 - Total Taxas de Outros (R\$)

80 - Total Taxas de Outros (R\$)

81 - Total Taxas de Outros (R\$)

82 - Total Taxas de Outros (R\$)

83 - Total Taxas de Outros (R\$)

84 - Total Taxas de Outros (R\$)

85 - Total Taxas de Outros (R\$)

86 - Total Taxas de Outros (R\$)

87 - Total Taxas de Outros (R\$)

88 - Total Taxas de Outros (R\$)

89 - Total Taxas de Outros (R\$)

90 - Total Taxas de Outros (R\$)

91 - Total Taxas de Outros (R\$)

92 - Total Taxas de Outros (R\$)

93 - Total Taxas de Outros (R\$)

94 - Total Taxas de Outros (R\$)

95 - Total Taxas de Outros (R\$)

96 - Total Taxas de Outros (R\$)

97 - Total Taxas de Outros (R\$)

98 - Total Taxas de Outros (R\$)

99 - Total Taxas de Outros (R\$)

100 - Total Taxas de Outros (R\$)

101 - Total Taxas de Outros (R\$)

102 - Total Taxas de Outros (R\$)

103 - Total Taxas de Outros (R\$)

104 - Total Taxas de Outros (R\$)

105 - Total Taxas de Outros (R\$)

106 - Total Taxas de Outros (R\$)

107 - Total Taxas de Outros (R\$)

108 - Total Taxas de Outros (R\$)

109 - Total Taxas de Outros (R\$)

110 - Total Taxas de Outros (R\$)

Impresso por: K083511VA

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

Consultor: 833000

Assinatura: 833000

Conselho: INST ADVERTIS/STAMP

8330680



1 - Registro ANS
000000

3 - M. Guia Profissional

4 - Data de Autorização

5 - Serviço

6 - Data Válida da Servia

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 - Assinatura 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 Exame Solicitado

21 - Código 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 - Encargado

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\$)

Assinatura e/ou Profissional (Encargado)

48 - Ass. Prof.

49 - Qx Prof.

50 - Código na operadora/CIF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - 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 Material (R\$)

62 - Total de OPIRE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Materiais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: MSSENDES

Data/Hora: 08/04/2024 17:48:16

Consultoria: 8330680

Gerente: 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

CPM 45480

PRESCRIÇÃO.: 8174341 DATA: 22/02/2024 20:58
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8235469 DT NASC: 20/07/2007 (16A 7M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 539293 - GIOVANA BARBOSA MONTAGNOLI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/02/2024 19:54 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUAN CELSO GONCALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURAS OU LUXAÇÕES

DISTENSÃO LIGAMENTAR

CD
ORIENTAÇÕES
ANALGESIA
RETORNO
ATESTADO

8235469

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

4 TORNOZELO, LESAO LIGAMENTO AGUDA AO
NÍVEL - INCRUE

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1					[22/02] . 20:58

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517