

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	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 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 - Cx. Saúde

28 - Cx. 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 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Data

43 - Data

44 - Taxa

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 OPU (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Assinatura do Responsável pela Autorização

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Total de Medicamentos (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 de 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 Especial
1 22 40804054
2 22 30730163

26 - Descrição
RX - Joelho

27 - Tipo de Atendimento
Lesão ligamentar aguda - tratamento conservador

28 - C. Solic.
1 1 0 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 Exercentista)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operação/CNPJ

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 de Realização (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

Operadora: 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 / 15081
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 Válida da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

6 - Número da Carteira
114100559

8 - Validade da Carteira

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
2

22 - Data da Solicitação
19/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

Danielle H. Gruber
Otopedista
CRMPR 45480 RQE 34.133

27 - QI S4K
1

28 - QI A6K
0

Dados do Contrato Específico

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 / Prescrição e Exames Realizados

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

42 - Cide
43 - Via
44 - Tce

45 - % Red / Acresc
46 - Valor Líquido (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(á) Prestador(es) Específico(s)

48 - Seg. Prof.
49 - GI Part
50 - Código na operadora/CPE
51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data da Realização do Procedimento em Selo
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimento (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. 157-PA-P

8288323

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

2 - N° Guia no Prestador 8288323

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - N. Guia Principal
000000	
4 - Casa de Acolhimento	5 - Sistema
	6 - Data validade da senha
	7 - Numero da Guia Autorizada para Operadora

Código do beneficiário 6 - Número da Carteira 114100559	8 - Validade da Carteira	10 - Nome HELAINÉ REGINA SAMTOS SILVA	11 - Número do CNH Nacional de Saúde	12 - Argumento de prova N
--	---------------------------------	--	---	--

13 - Código da Operação	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional
PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES	06
17 - Número no Conselho	18 - UF
35946.	41
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
225225	cam 45480

Dados de Solicitação / Representante e Características	
21 - Canal de Atendimento	22 - Data de Solicitação
2	20/03/2024
23 - Indicação Clínica	
27 - Se Sólido	
28 - Cx. Autoriz.	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	
1	22	40804097	HELEINE REGINA SANTOS SILVA Dt.Nasc: 14/04/2005 SX:F Pront: 628163 Dt: 19/03/2024 INST ADVENTISTA-18P / COLEGIO ADVE
		RX - Rx ou procedimento	1
			0

Dados do Contrato: Escudo de 20 - Código na Operação 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGUA S/A	8288323 	31 - Código CNES 9365230
---	--	--	--	-----------------------------

Dados do Atendimento					
32 - Tipo Manifesto	33 - Indicação de Solução (concorda ou discorda totalmente)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		
Dados da Descrição / Procedimento e Exames Realizados:					
36 - Data	37 - Hora Início	38 - Tér Final	39 - Tabule	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
				42 - Data	43 - Via
					44 - T/c.
				45 - % Insc / Acres.	46 - Valor Utilizado (R\$)
					47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Prestador(a) de Serviço	40 - Cof. Part.	50 - Código de operação/CPF	61 - Nome do Profissional	62 - Conselho Profissional	63 - Número de Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
41 - Nome Real							

[illegible]

62 - Total Procedimentos (R\$)		63 - Total de Taxas e Abordaje (R\$)		64 - Total de Medicamentos (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
66 - Total de Taxas e Materiais (R\$)		67 - Total de OPMs (R\$)		68 - Total de Medicamentos (R\$)		69 - Total Geral (R\$)	
70 - Assinatura do Responsável pela Autorização		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		72 - Assinatura do Contratado			



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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

CD
RX
REAValiação APOS

8288323

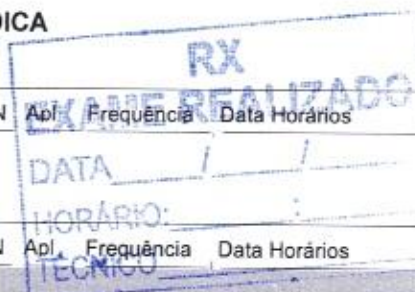
PRESCRIÇÃO MÉDICA

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 Carteira: 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

000000		3 - Nr. Guia Própria		4 - Data de Autorização		5 - Semia		6 - Data Válida da Semia		7 - Número da Guia Emitido pela Operadora	
000000											
1119039		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
1119039						ISABELA RODRIGUES ERCOLIN				N	
Dados do Beneficiário											
13 - Código da Operadora				14 - Nome do Contratado				15 - Nome do Profissional Solicitante			
23876304000112				HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A				DANIELLE HORING GRUBERT			
16 - Nome do Profissional Solicitante				17 - Número no Contrato				18 - UF			
DANIELLE HORING GRUBERT				45480				41			
19 - Conselho Profissional				20 - Assinatura do Profissional Solicitante				21 - Código CBO			
06								225270			
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
23 - Código de Atendimento		24 - Data da Solicitação		25 - Indicação Cirúrgica		26 - Tipo de Atendimento		27 - Data de Atendimento		28 - Indicação Cirúrgica	
2		08/04/2024									
29 - Tabela		30 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		31 - Descrição		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação Cirúrgica		34 - Tipo de Atendimento	
1		10101039		Consulta em pronto socorro							
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
35 - Data		36 - Hora Inicial		37 - Hora Final		38 - Tabela		39 - Código do Procedimento		40 - Descrição	
41 - Data		42 - Hora Inicial		43 - Hora Final		44 - Tabela		45 - Código do Procedimento		46 - Descrição	
Assinaturas e Rubricas											
47 - Assinatura do Responsável pela Autorização				48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				49 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
50 - Assinatura do Responsável pela Autorização				51 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				52 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
53 - Assinatura do Responsável pela Autorização				54 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				55 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
56 - Assinatura do Responsável pela Autorização				57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				58 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
59 - Assinatura do Responsável pela Autorização				60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				61 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
62 - Assinatura do Responsável pela Autorização				63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				64 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização				66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				67 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
68 - Assinatura do Responsável pela Autorização				69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				70 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
71 - Assinatura do Responsável pela Autorização				72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				73 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
74 - Assinatura do Responsável pela Autorização				75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				76 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
77 - Assinatura do Responsável pela Autorização				78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				79 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
80 - Assinatura do Responsável pela Autorização				81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				82 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
83 - Assinatura do Responsável pela Autorização				84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				85 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
86 - Assinatura do Responsável pela Autorização				87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				88 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
89 - Assinatura do Responsável pela Autorização				90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				91 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
92 - Assinatura do Responsável pela Autorização				93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				94 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
95 - Assinatura do Responsável pela Autorização				96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				97 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
98 - Assinatura do Responsável pela Autorização				99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				100 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
101 - Assinatura do Responsável pela Autorização				102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				103 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
104 - Assinatura do Responsável pela Autorização				105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				106 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
107 - Assinatura do Responsável pela Autorização				108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável				109 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Assinaturas e Rubricas											
110 - Assinatura do Responsável pela Autorização				111 - Assinatura							



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

23 - Indicação

25 - Código do Procedimento ou Item Anestésico

40804097

26 - Descrição

RX - Rx ou pododactilto

27 - Qtd. Sessão

1

28 - Qtd. Autiz.

0

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CBO

9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atividade (resistente ou doença relapsante)

34 - Tipo da Consulta

35 - Método de Envolvimento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. Sessão

43 - Via

44 - Taxa

45 - % Desc. / Anest.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - End. Site

49 - Cof. Part.

50 - Código na operação a C/P

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 Tópicos e Anexos (R\$)

59 - Total de Tópicos e Anexos (R\$)

60 - Total de Tópicos e Anexos (R\$)

61 - Total de Tópicos e Anexos (R\$)

62 - Total de Tópicos e Anexos (R\$)

63 - Total de Tópicos e Anexos (R\$)

64 - Total de Tópicos e Anexos (R\$)

65 - Total de Tópicos e Anexos (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: KOBRA/VA

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

Controlador: R330877

Assinatura: R330877

Controlador: INST. ADVERTIS/PA/PA

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

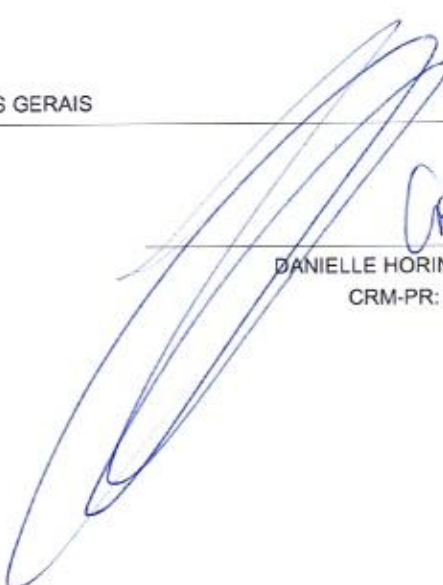
Rubrica do
Médico

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 Carteirinha: 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 Serviço

5 - Número da Guia Atribuído para Operadora

6 - Nome do Operador
114100960

7 - Nome do Profissional Solicitante
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

8 - Número do Conselho 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 ALUZE

22 - Data da Solicitação
22/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Data da Solicitação
22/03/2024

25 - Descrição
Consulta em pronto socorro

26 - Data da Solicitação
22/03/2024

27 - CI SOLT
28 - CI ALUZE

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

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

31 - Código CNEB
9365230

32 - Tipo de Atendimento
33 - Indicação de Atendimento (selecione ou escreva a referência)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encerramento de Atendimento

36 - Data
37 - Hora Inicial
38 - Hora Final
39 - Data da Solicitação
40 - Descrição

41 - Data da Solicitação
42 - Data da Solicitação
43 - Data da Solicitação
44 - Data da Solicitação

45 - Data da Solicitação
46 - Data da Solicitação
47 - Data da Solicitação
48 - Data da Solicitação

49 - Data da Solicitação
50 - Data da Solicitação
51 - Data da Solicitação
52 - Data da Solicitação

53 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

54 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

55 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

56 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

57 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

58 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

59 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

60 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

61 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

62 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

63 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

64 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

65 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

66 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

67 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

68 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

69 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

70 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

71 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

72 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

73 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

74 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

75 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

76 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

77 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

78 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

79 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

80 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

81 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

82 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

83 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

84 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

85 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

86 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

87 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

88 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

89 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

90 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

91 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

92 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

93 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

94 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

95 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

96 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

97 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

98 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

99 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

100 - Nome do Contratado
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS



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

2 - Nº Guia no Prestador 16173

Folha: 1 / 1

1 - Registro ABRAS
0000000

4 - Data de Autuação
5 - Série

8 - Número da Carteira
114100960

6 - Data validação de Serviço
7 - Número da Guia Atestado pelo Operador

10 - Nome
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

12 - Assinatura e IN
N

Dados do Beneficiário
13 - Código da Operadora
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
09
17 - Número no Conselho
45946
18 - UF
PR
19 - Código CIDO
225225
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Mueierson O. Cordeiro

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
21 - Caracter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
22/03/2024
23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou
26 - Descrição
1 22 40803120 RX - Mão ou quilodactilo
72999999 MEDICAMENTOS

27 - QI Sólido
28 - QI Aditivo
1 0
3 0

Dados do Operador / Prestador e Exames Realizados
29 - Código na Operadora
23876304000112
30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A
31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação do Acidente (pendente ou cirurgia eletiva)
34 - Tipo de Consulta
35 - Número de Exame/Atendimento no Atendimento

Dados da Execução / Procedimento e Exames Realizados
36 - Data
37 - Inicial
38 - H. Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição
42 - Data
43 - Via
44 - Tec.
45 - % Real / Anest.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

Identificação do Profissional (Beneficiário)
48 - Tipo de
49 - Gr. Part
50 - Código na Operadora/CNP
51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho
54 - UF
55 - Código CIDO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)
60 - Total da Taxa e Margem (R\$)
61 - Total Taxa de Material (R\$)
62 - Total da CPME (R\$)
63 - Total da Medicamentação (R\$)
64 - Total Gastos Médicos (R\$)
65 - Total Total (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização
67 - Assinatura do Profissional ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado
Inscrição por KRESLVA
Data/Hora 22/03/2024 12:46:32
Certificação 8295621
Atendimento: 8295621
Condição: INST ADVENTISTA/ABP

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	1	AMPOLA		EV	AGORA	[22/03]	11:07	11:40 Eleni
	-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA						
4	C.C. DECADRON 4MG/ML, AMPOLA 2,5ML, (IM, EV)	1	FR 2,5ML		EV	AGORA	[22/03]	11:07	11:40 Eleni
5	C.C. TORADOL 30MG/1ML , AMP 1ML (EV, IM)	1	AMPOLA		EV	AGORA	[22/03]	11:07	11:40 Eleni
	-> AGULHA DESC 40 X 12	1	UNIDADE						
	-> SERINGA DESC S/AGULHA 20ML BICO LISO	1	UNIDADE						
	-> SORO FISIOLOGICO 0,9% SOL NEB 10ML FR	2	FRASCO						

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

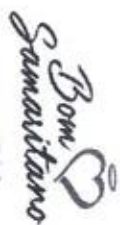
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	2						
Justificativa.: ESQ (500000)							
Obs.: AP + PERFIL + OB							

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. 11
Dt. Rend. 22/03/2024
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 gaze 7.5 X 7.5 (setor) - un	Luva estéril nº	Sonda Aspiração nº			
	Água Oxigenada - ml	Compr. de gaze tipo queijo (45cm)	Estensoftx 20 cm	Sonda Foley2 vias nº			
	Aguilha descartável 25x7	Comp. Cirúrgica estéril	Polifix Padão	Sonda Foley3 vias nº			
1 + 2	Aguilha descartável 40x12	Cateter Central	PVP1 degermante	Sonda Uretral nº			
	Alcool Iodado - ml	Dreno de Torax nº	PVP1 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	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	Seringa Descartável s/ag10ml	Tala de Alumínio P () M () G ()			
	Atadura gessada 10cm	Escalpe nº 23	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 repouso fraco em mto squente	
						Recebido oxigênio de RX medicado 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



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

2 - Nº Guia no Prestador 16639

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

3 - Nr. Guia Principal

6 - Data Validade da Servico

7 - Numero da Guia Atribuido pelo Operadora

8 - Numero da Carteira

11113307

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LUIS RENATO CROCCETA

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
N

13 - Código da Operação

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

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

ou Item Anamnese

40804062

RX - Paciente

27 - Clsão

28 - Q. Autarc.

1

0

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 Atividade (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do atendimento

36 - Data

37 - 1º Intervalo

38 - 1º Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Data

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresce

46 - Valor Unitário (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 de Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimento (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 Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Gases (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: KIBBS, VA

Data: 09/04/2024 10:28:01

Contato: 0330671

Assinatura: KIBBS, VA

Contato: INST ADVERTISIA, LOP

8330671



1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal										
4 - Data de Autorização	5 - Seria										
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 11113307	9 - Validade da Carteira	10 - Nome LUIZ RENATO CROCETA	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 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 de Solicitação / Prescrição e Exame Indicação		21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/04/2024	23 - Indicação Clínica							
24 - Tabela ou Item do Procedimento 1 22		25 - Código do Procedimento 10102019	26 - Descrição Visita hospitalar (paciente internado)	27 - Q1 Solic 1	28 - Q2 Autoriz 0						
Dados do Contratado Especialista											
29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CIES 9365230									
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação do Atendimento (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento						
Dados de Execução / Procedimento e Exames Realizados											
36 - Data 30	37 - P1 Inicial 37	38 - P4 Final 38	39 - Tabela 40	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Q100 43 - Via	44 - Tão	45 - % Rod / Assoc. 46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)		
Identificação do Paciente											
LUIZ RENATO CROCETA											
Dt. Nasco: 22/06/2008 Sx: M											
Pront: 629916 Dt: 08/04/2024											
Inst. Adm: INST. ADVENTISTA-TAP / COLÉGIO NOVEN											
8330671											
55 - Data de Realização do Procedimento em curso											
56 - Observação / Justificativa											
57 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
59 - Total Procedimento (R\$)											
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)											
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)											
62 - Total de OPUe (R\$)											
63 - Total de Medicamentos (R\$)											
64 - Total Gases Medicinas (R\$)											
65 - Total Gens (R\$)											
66 - Assinatura do Contratado											
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
68 - Assinatura do Contratado											
69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
70 - Assinatura do Contratado											
71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
72 - Assinatura do Contratado											
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
74 - Assinatura do Contratado											
75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
76 - Assinatura do Contratado											
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
78 - Assinatura do Contratado											
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
80 - Assinatura do Contratado											
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
82 - Assinatura do Contratado											
83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
84 - Assinatura do Contratado											
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
86 - Assinatura do Contratado											
87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
88 - Assinatura do Contratado											
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
90 - Assinatura do Contratado											
91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
92 - Assinatura do Contratado											
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
94 - Assinatura do Contratado											
95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
96 - Assinatura do Contratado											
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
98 - Assinatura do Contratado											
99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
100 - Assinatura do Contratado											

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		3 - Nr. Guia Fiscal		5 - Data Válidade da Guia		7 - Número da Guia Atendido pelo Operadora	
0							
4 - Data de Autorização				6 - Data Válidade da Guia			
6 - Nome do Beneficiário				9 - Nome Social			
4315091							
10 - Nome				12 - Alimentação a RN			
MARIA LYDIA BOZELLI CELORIA				N			
Dados do Solicitante							
13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado		16 - Nome do Profissional Solicitante			
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		AMANDA SIMAO VIGO			
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Número no Conselho		17 - UF		18 - Código CBO	
AMANDA SIMAO VIGO		43057		41		225124	
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados							
21 - Código de Atendimento		22 - Data de Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Indicação de Odontologia Especial	
2		19/03/2024					
25 - Tabela		26 - Código do Procedimento ou Exame		27 - Descrição		28 - Quantidade	
1		22		101039		Consulta em Pronto Socorro	
Dados do Contratado							
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES			
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		9365230			
Dados do Atendimento							
32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação de Atendimento (paciente ou acompanhante)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
20							
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados							
36 - Data		37 - Hora		38 - Hora Final		39 - Código do Procedimento	
						40 - Descrição	
Identificação (do) Profissional(ais) Executante(s)							
41 - Doc. Prof.		42 - Data		43 - Nome do Profissional		44 - Nome do Profissional	
56 - Data de Realização de Procedimento em 56a							
57 - Assinatura do Beneficiário ou Representante							
58 - Observação / Justificativa							
59 - Assinatura do Beneficiário ou Representante							
60 - Assinatura do Contratado							
61 - Assinatura do Contratado							
62 - Assinatura do Contratado							
63 - Assinatura do Contratado							
64 - Assinatura do Contratado							
65 - Assinatura do Contratado							
66 - Assinatura do Contratado							
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							

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

2 - Nº Guia no Prestador 743

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	0
3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização	
5 - Sentença	
6 - Data Validade da Sentença	
7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora	

Dados de Identificação		12 - Assinatura a IN	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	N	
5128788832	31/12/2024		
10 - Nome			
MATEUS SILVEIRA XAVIER			

Cartão do Solicitante	
13 - Código de Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 038877	
18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Data da Solicitação 27/02/2024	
22 - Data do Atendimento	
23 - Indicação Clínica RM JOELHO ESQUERDO	
24 - Indicador de Ocorrência Especial	
25 - Data de Emissão	
26 - Data de Validade	

24 - Tabela	25 - Código de Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
1	22	R\$ DE JOELHO (UNITÁRIO)
41101316		

Dados do Certificado Emitido:

27 - Código na Opendata	28 - Nome do Certificado
ACIDENTAL BOM SAMARITANO DE MAR	

MATHEUS SILVA XAVIER
 28.07.2003 16:20.7m 3d
 N. CARTEI: 28788202
 INST. ADIVIM

625891
 013 84458 02 2024
 APROV: 8243581

2824035

31 - Código CNES
 93652230

2.38763040001		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE WAX	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação do Acidente (ocorrido ou doença relatacionosa)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encaminhamento do Atendimento
36 - Data		37 - Hs. Inicial	38 - Hs. Final
39 - Tabeta		40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
42 - Cida		43 - Via	44 - Tbc
45 - % Rod / Acime		46 - Valor Unitario (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do Profissional Registrado			
48 - Seq. 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 - Observação / Justificativa

LESÃO DO CRUZADO ANTERIOR + LCM

99 - Total Procedimentos (R\$)		00 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		01 - Total Taxas de Autuação (R\$)		02 - Total das CPME (R\$)		03 - Total da Medicamentos (R\$)		04 - Total Gastos Médicos (R\$) Dr. Nour El Habib Haddad Ortopedia e Traumatologia
00 - Assinatura do Responsável pela Autorização		07 - Assinatura do Geniólogo ou Responsável	<i>A. Martins Xavier</i>	08 - Assinatura do Cirurgião		09 - Assinatura do Controlador		10 - Assinatura do Controlador		11 - Assinatura do Controlador

Impresso por: NAFERSAID Data/Hora: 27/03/2024 09:41:30 Código: 60240222 Atendimento: 8242922 Contato: INSEADVENT STM-AP

*8242922

8242922



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 Carteirinha: 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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 16259

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	5 - Serviço	6 - Data Validade da Servia	7 - Numero da Guia Arbitrado pelo Operadora						
4 - Data de Autorização	8 - Numero da Carteira 11113379	9 - Validação da Carteira MYRELLA NUNES DE LIMA COELHO	10 - Nome MYRELLA NUNES DE LIMA COELHO	11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde						
Dados do Beneficiário										
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL GOSFA NABAS	16 - UF 41	17 - Numero no Contrato 225225						
Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados										
21 - Cuidado do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 26/03/2024	23 - Indicação Clínica nova dor	24 - Tipo de Atendimento 1	25 - Código do Procedimento ou 10101039						
26 - Tabixa Item Anestésico	27 - Código do Procedimento ou 10101039	28 - Descrição Consulta em pronto socorro	29 - Qx Solic. 1	30 - Qx Autoriz. 0						
Dados do Contrato Externo										
31 - Código na Operadora 23876304000112	32 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	33 - Código CNEC 9365230	34 - Tipo de Contrato							
Dados do Atendimento										
35 - Tipo Atendimento	36 - Indicação de Atendimento (incidente ou doença relacionada)	37 - Tipo de Contrato	38 - Tipo de Atendimento	39 - Motivo de Encerramento do Atendimento						
40 - Data 30 - 14 - Inicial 35 - 14 - Final 36 - Tabixa 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição	42 - Cód. 43 - Via 44 - Tce 45 - % Real / Menor 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)									
Identificação do Paciente										
MYRELLA NUNES DE LIMA COELHO DT NASC: 15/07/2006 Sx: F PROFI: 628763 DT: 26/03/2024 INST: ADVENTISTA-IMP / COLETO MOVE AC/UF 01 - Nome do Profissional										
8301186										
60 - Observações / Justificativa										
61 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável										
62 - Total de Procedimentos (R\$)					63 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	64 - Total Taxas de Materiais (R\$)	65 - Total de Qx (R\$)	66 - Total de Medicamentos (R\$)	67 - Total Gastos Médicos (R\$)	68 - Assinatura do Contratado
69 - Assinatura do Responsável pela Autorização					Ingresso por: UIMACIENTI Data: 26/03/2024 00:02:30 Correlação: 0001186					
8301186					*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
	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
4	Atadura gessada 20cm	Fio Catgut simples nº		Seringa Descartável s/ ag60 ml		Xylocalina gel
	Benzina – ml	Fio Mononylon nº		Seringa Insulina		
	Bolsa de colostomia descartável	Lâmina de bisturi nº		Lanceta		
	Cadargo – 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	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

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

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

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

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 da opção relacional)

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

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

Identificação do Profissional Solicitante

48 - Nome (tel)
49 - Cx. Post
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 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 Materiais (R\$)
62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total Outros Insumos (R\$)

65 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento
66 - Assinatura do Contratado
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: BOMSAMOS

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

Gerado em: 12/02/2024

Arquivo: 8234785

8234785

2 - N° Guia no Prestador 27730620

Folha: 1 / 1

8234785

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

8234785

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

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

Justificativa.: MPP
Obs.: APLICAR SC PARA SUTURA

PROCEDIMENTOS MEDICOS

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

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

VISITA HOSPITALAR

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

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

PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS
CRM-PR: 34162

TAXA DE SALA

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

PROCEDIMENTOS

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

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

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

ALTA HS.

Carla Beatriz de Jesus Barreto
Enfermeira
COREN-PR 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 - Numero da Carteira
258525

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
VINICIUS ROBERTO CALDEIRA ROCHA

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

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
2

22 - Data da Solicitação
03/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22

25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Cl. Solic.

28 - Cl. Autoriz.

29 - Código da Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNEIS
9365230

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (específico ou de emergência)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento 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\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)
48 - Seq. Rel. 49 - GI Part 50 - Código na operadora(CPF 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 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

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 Medicos (R\$)

65 - Taxa Geral (R\$)

Impresso por: CIBRILINX

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

Controlador: 9321120

Atendimento: 8321120

Conselho: 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 NIS
000000

3 - Nº Guia Paciente

4 - Data de Autopreenchimento

5 - Serviço

6 - Data Validação de Serviço

7 - Número da Guia Atendida pelo Operador

8 - Nome do Beneficiário

9 - Nome da Mãe

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Nome do Beneficiário

14 - Nome da Mãe

15 - Nome do Beneficiário

16 - Nome do Profissional Solicitante

17 - Nome do Profissional

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Assinatura do Profissional

22 - Data de Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Data de Realização

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Código de Classificação

28 - Descrição

29 - Data de Realização

30 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

31 - Descrição

32 - Data de Realização

33 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

34 - Descrição

35 - Data de Realização

36 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

37 - Descrição

38 - Data de Realização

39 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

40 - Descrição

41 - Data de Realização

42 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

43 - Descrição

44 - Data de Realização

45 - Data de Realização

46 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

47 - Descrição

48 - Data de Realização

49 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

50 - Descrição

51 - Data de Realização

52 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

53 - Descrição

54 - Data de Realização

55 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

56 - Descrição

57 - Data de Realização

58 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

59 - Descrição

60 - Data de Realização

61 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

62 - Descrição

63 - Data de Realização

64 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

65 - Descrição

66 - Data de Realização

67 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

68 - Descrição

69 - Data de Realização

70 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

71 - Descrição

72 - Data de Realização

73 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

74 - Descrição

75 - Data de Realização

76 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

77 - Descrição

78 - Data de Realização

79 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

80 - Descrição

81 - Data de Realização

82 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

83 - Descrição

84 - Data de Realização

85 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

86 - Descrição

Impresso por: ICDULHERNE Data: 05/04/2024 23:10:02 Contato: 0221120 Atendimento: 0221120 Cliente: NBT ADVENTISTA/AB

8321120



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

RX - COTOVELO ESQUERDO

- Estruturas ósseas integras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

Página: 1 de 1

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

rx sem sinal de fratura com desvio ou luxação

pt
analgesia
orientações
atestado
repouso
alta

PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE
CRM-PR: 28131

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 27/03/2006

Nº da Guia: 16650

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

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

Descrição

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

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

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

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

Observações

Encaminhado para avaliação médica e conduta.

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

Ass.:

Gilberto Junior

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

2 - Nº Guia no Prestador 16650

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Sessão		7 - Número da Guia Alinhado pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Sessão		8 - Data Validade da Carteira		9 - Nome	
114213308				VITORIA DA SILVA ROJA			

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 - Carteira do Alinhamento 2		22 - Data da Solicitação 09/04/2024		23 - Indicação Clínica											

24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Anestesiológico 40804054		26 - Descrição RX - Jooelho		27 - Q. Sade 1		28 - Q. Natureza 0	
------------------	--	---	--	--------------------------------	--	-------------------	--	-----------------------	--

29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CIES 9365230	
--	--	---	--	-----------------------------	--

32 - Tipo Alinhamento 20 - Indicação de Atividade (relatada ou doença reumatológica)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Alinhamento	
---	--	-----------------------	--	--	--

36 - Data 37 - Inicial 38 - 1ª Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição		42 - Cód. 43 - Via 44 - Tdo 45 - % Real / Aceito 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)	
--	--	---	--

Identificação (Identificação Externa)		48 - Data de Realização do Procedimento em Série 49 - Dt. Part 50 - Código na Operadora (CIP) 51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - U 55 - Código CBO	
---------------------------------------	--	--	--	--	--

56 - Data de Realização do Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
--	--	--	--	---	--

59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Margens (R\$)		61 - Total Taxas de Visitas (R\$)		62 - Total de CPUE (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gastos Materiais (R\$)		65 - Total Oros (R\$)	
--------------------------------	--	-------------------------------------	--	-----------------------------------	--	--------------------------	--	----------------------------------	--	-----------------------------------	--	-----------------------	--

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

Impresso por: K03511VA Data/Hora: 09/04/2024 10:28:56 Centralizadora: 8330680 Alinhamento: 8330680 Contrato: INST ADVERTENCIAPAD Alinhamento: 8330680

83330680



1 - Registro ANS
000000

3 - M. Guia Profissional

4 - Data de Autorização

5 - Bateria

6 - Data validade da Bateria

7 - Número de Guia Autorizado pelo Operador

8 - Número da Carteira
114213308

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
VITORIA DA SILVA ROJA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Agendamento a 1h
N

Dados do Solicitante

13 - Código de Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
DANIELLE HORING GRUBERT

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
45480

18 - UF
41

19 - Código CBO
2252270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
08/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22
Item Material
10101039
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 Acidente (Acidente ou doença neurológica)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de encaminhamento ao Atendimento

Dados de Encargos / Procedimentos e Exames Realizados

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

42 - Cidade
43 - Via
44 - Tel.

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

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Sexo: F/M

49 - Qx Prof

50 - Código na operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Czynosc Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

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

58 - Observações / Justificativas

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Bateria (R\$)

62 - Total de Qx (R\$)

63 - Total da 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: MSNENDES

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

Consultoria: 8330680

Assinatura: 8330680

Código: INST ADVERTISTAS, LOP

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 EMERGENCIA/URGENCIA	1						



DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

CRM 45480

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

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

CRM 45480