



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 MARINGÁ S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
35946

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

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
22

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - CI-S4K
1

28 - CI-A0K
0

Danielle H. Gruber
Otopedista
CRMPR 45480 RQE 34.133

Dados do Contratado/Estabelecimento

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 de Atendimento (incluindo ou excluindo
relacionados)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

42 - Cide
43 - Via
44 - Tce

45 - Red / Atenc
46 - Valor Unico (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Prestador(a) de Serviço

48 - Seg. Prof

49 - GI Part

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data da Realização do Procedimento em 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 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: ERASMO CONCEIÇÃO

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

Certificação: 6238323

Atendimento: 6238323

Contrato: INSP ADVERTIS-PAAP

8288323



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

2 - Nº Guia no Prestador 8288323

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autuação

5 - Sessão

6 - Data Válida da Sessão

7 - Número do Guia Alçado para Ocorrência

8 - Nome do Contato

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

HELAINE REGINA SANTOS SILVA

11 - Número do Guia Nacional de Saúde

12 - Alvará de Rô

13 - Nome do Beneficiário

14 - Nome do Contato

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Nome do Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Assinatura do Profissional

22 - Assinatura do Contato

23 - Nome do Beneficiário

24 - Nome do Contato

25 - Nome do Profissional

26 - UF

27 - Código CBO

28 - Assinatura do Profissional Solicitante

29 - Assinatura do Profissional

30 - Assinatura do Contato

31 - Nome do Beneficiário

32 - Nome do Contato

33 - Nome do Profissional

34 - UF

35 - Código CBO

36 - Assinatura do Profissional Solicitante

37 - Assinatura do Profissional

38 - Assinatura do Contato

39 - Nome do Beneficiário

40 - Nome do Contato

41 - Nome do Profissional

42 - UF

43 - Código CBO

44 - Assinatura do Profissional Solicitante

45 - Assinatura do Profissional

46 - Assinatura do Contato

47 - Nome do Beneficiário

48 - Nome do Contato

49 - Nome do Profissional

50 - UF

51 - Código CBO

52 - Assinatura do Profissional Solicitante

53 - Assinatura do Profissional

54 - Assinatura do Contato

55 - Nome do Beneficiário

56 - Nome do Contato

57 - Nome do Profissional

58 - UF

59 - Código CBO

60 - Assinatura do Profissional Solicitante

61 - Assinatura do Profissional

62 - Assinatura do Contato

63 - Nome do Beneficiário

64 - Nome do Contato

65 - Nome do Profissional

66 - UF

67 - Código CBO

68 - Assinatura do Profissional Solicitante

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Contato

71 - Nome do Beneficiário

72 - Nome do Contato

73 - Nome do Profissional

74 - UF

75 - Código CBO

76 - Assinatura do Profissional Solicitante

77 - Assinatura do Profissional

78 - Assinatura do Contato

79 - Nome do Beneficiário

80 - Nome do Contato

81 - Nome do Profissional

82 - UF

83 - Código CBO

84 - Assinatura do Profissional Solicitante

85 - Assinatura do Profissional

86 - Assinatura do Contato

87 - Nome do Beneficiário

88 - Nome do Contato

89 - Nome do Profissional

90 - UF

91 - Código CBO

92 - Assinatura do Profissional Solicitante

93 - Assinatura do Profissional

94 - Assinatura do Contato

95 - Nome do Beneficiário

96 - Nome do Contato

97 - Nome do Profissional

98 - UF

99 - Código CBO

100 - Assinatura do Profissional Solicitante

101 - Assinatura do Profissional

102 - Assinatura do Contato

103 - Nome do Beneficiário

104 - Nome do Contato

105 - Nome do Profissional

106 - UF

107 - Código CBO

108 - Assinatura do Profissional Solicitante

109 - Assinatura do Profissional

110 - Assinatura do Contato

111 - Nome do Beneficiário

112 - Nome do Contato

113 - Nome do Profissional

114 - UF

115 - Código CBO

116 - Assinatura do Profissional Solicitante

117 - Assinatura do Profissional

118 - Assinatura do Contato

119 - Nome do Beneficiário

120 - Nome do Contato

121 - Nome do Profissional

122 - UF

123 - Código CBO

124 - Assinatura do Profissional Solicitante

125 - Assinatura do Profissional

126 - Assinatura do Contato

127 - Nome do Beneficiário

128 - Nome do Contato

129 - Nome do Profissional

130 - UF

131 - Código CBO

132 - Assinatura do Profissional Solicitante

133 - Assinatura do Profissional

134 - Assinatura do Contato

135 - Nome do Beneficiário

136 - Nome do Contato

137 - Nome do Profissional

138 - UF

139 - Código CBO

140 - Assinatura do Profissional Solicitante

141 - Assinatura do Profissional

142 - Assinatura do Contato

143 - Nome do Beneficiário

144 - Nome do Contato

145 - Nome do Profissional

146 - UF

147 - Código CBO

148 - Assinatura do Profissional Solicitante

149 - Assinatura do Profissional

150 - Assinatura do Contato

8288323

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Helaine Regina Santos Silva
Nº da Carteirinha: 11.4.100559
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 14/04/2005

Nº da Guia: 16057

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/03/2024	16:30:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

Aluna estava participando de atividade recreativa do curso de psicologia, jogando futsal quando em uma dividida de bola a mesma deu um chute pegando o 5º dedo do pé direito na bola. Relata ter sentido dor no momento e edema imediato. Ao chegar em casa colocou gelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Antonia Vitória Ferreira	(44) 99915-3656

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfa Joserlania	18/03/2024

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 do pé direito, dor intensa ao exame físico. Encaminho para avaliação médica e conduta.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173702-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: 15.116.763/0003-31

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

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



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

RX - PÉ DIREITO

- Fratura da falange proximal do 5º pododáctilo.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

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

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

1ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

CD
RX
REAValiação APOS

8288323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

VISITA HOSPITALAR

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



DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

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

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

RX COM FRATURA 5º PODODACTILO À DIREITA

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

8288323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 ALTA MELHORADA							

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 16/06/2007

Nº da Guia: 16641

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

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

Descrição

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

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto	(51) 98270-3529

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

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

Observações

Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

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

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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

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



1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal	6 - Data Validação da Serra	7 - Número da Guia Emitido pelo Operador
4 - Data de Autorização	5 - Serra	8 - Nome do Beneficiário	9 - Nome do Profissional Solicitante
1119039		ISABELA RODRIGUES ERCOLIN	
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante DANIELLE HORING GRUBERT		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45480
21 - Código de Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/04/2024	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro
27 - CI SUSE 1		28 - CI ABRINTE 0	
Dados do Contratado Essencial			
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
31 - Código CNEB 9365230		32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Atividade (relacionada ao diagnóstico)	
34 - Tipo de Atendimento		35 - Tipo de Consulta	
36 - Data 37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	
39 - Tabela		40 - Código do Procedimento	
41 - Descrição		42 - Data 43 - Via	
44 - Tabela		45 - Nº Ref / Anos	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Validação pelo Profissional Essencial			
48 - Ass. Prof.	49 - CP Prof.	50 - Código na Operação/CPF	51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional			
53 - Número no Conselho			
54 - UF			
55 - Código CBO			
56 - Data de Realização do Procedimento em São Paulo			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Assinatura do Profissional Solicitante			
59 - Observação / Justificativa			
60 - Total Procedimentos (R\$)			
61 - Total de Taxas e Abusos (R\$)			
62 - Taxa de Material (R\$)			
63 - Taxa de CPNE (R\$)			
64 - Total de Descontos (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
68 - Assinatura do Contratado			
Impresso por: NENDES			
Data/Hora: 08/04/2024 17:41:54			
CNPJ/CPF: 0330677			
Assinatura: 0330677			
Carteira: INET ADVERTIS/TAUP			
8330677			



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

2. Nº Guia no Prestador 16641

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0000000

3 - Nº Guia Privada

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Vencida da Série

7 - Número da Guia Atrelado pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ISABELA RODRIGUES ERCOLIN

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura a RN
N

13 - Código da Operadora

23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante

DANIELLE HORING GRUBERT

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

45480

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

09/04/2024

22 - Indicação Clínica

23 - Indicação Clínica

24 - Índice

1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Anestésico

40804097

26 - Descrição

RX - Rx ou pododactilto

27 - Qtd. Sess.

1

28 - Qtd. Anest.

0

Dados do Contratado Especialista

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CBOES

9365230

Dados de Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atividade (resposta ou doença relacionada)

34 - Tipo da Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. Sess.

43 - Via

44 - Taxa

45 - % Desc. / Anest.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Assinatura do(a) Profissional Especialista

48 - End. Suf.

49 - CR 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 Saúde

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 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Total de Tópicos e Anexos (R\$)

63 - Total de Tópicos e Anexos (R\$)

64 - Total de Tópicos e Anexos (R\$)

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

Impresso por: KOBOLIVA

Data Hora: 08/04/2024 10:31:22

Controlador: R330877

Assinatura: R330877

Controlador: INST ADVERTIS/PA-140

83.30677



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

RX - PÉ ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

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

1ª VIA

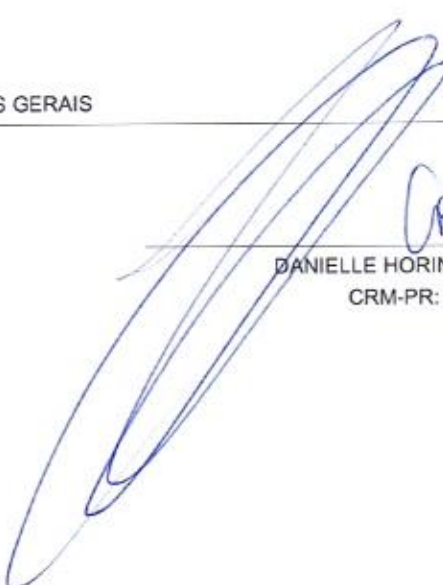
Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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


DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luan Matheus Costa Santos
Nº da 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 Centro
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

8 - Nome do Centro Nacional de Saúde

9 - Atendimento a PDI
N

10 - Código da Operadora
23876304000112

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

12 - Nome do Profissional
PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES

13 - Nome do Profissional
06

14 - Nome do Profissional
35916

15 - Nome do Profissional
41

16 - Nome do Profissional
225225

17 - Nome do Profissional
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

18 - Nome do Profissional
21 - Data da Solicitação
22/03/2024

19 - Nome do Profissional
22 - Data da Solicitação
22/03/2024

20 - Nome do Profissional
23 - Indicação Clínica

21 - Nome do Profissional
24 - Indicação Clínica

22 - Nome do Profissional
25 - Indicação Clínica

23 - Nome do Profissional
26 - Indicação Clínica

24 - Nome do Profissional
27 - Indicação Clínica

25 - Nome do Profissional
28 - Indicação Clínica

26 - Nome do Profissional
29 - Indicação Clínica

27 - Nome do Profissional
30 - Indicação Clínica

28 - Nome do Profissional
31 - Indicação Clínica

29 - Nome do Profissional
32 - Indicação Clínica

30 - Nome do Profissional
33 - Indicação Clínica

31 - Nome do Profissional
34 - Indicação Clínica

32 - Nome do Profissional
35 - Indicação Clínica

33 - Nome do Profissional
36 - Indicação Clínica

34 - Nome do Profissional
37 - Indicação Clínica

35 - Nome do Profissional
38 - Indicação Clínica

36 - Nome do Profissional
39 - Indicação Clínica

37 - Nome do Profissional
40 - Indicação Clínica

38 - Nome do Profissional
41 - Indicação Clínica

39 - Nome do Profissional
42 - Indicação Clínica

40 - Nome do Profissional
43 - Indicação Clínica

41 - Nome do Profissional
44 - Indicação Clínica

42 - Nome do Profissional
45 - Indicação Clínica

43 - Nome do Profissional
46 - Indicação Clínica

44 - Nome do Profissional
47 - Indicação Clínica

45 - Nome do Profissional
48 - Indicação Clínica

46 - Nome do Profissional
49 - Indicação Clínica

47 - Nome do Profissional
50 - Indicação Clínica

48 - Nome do Profissional
51 - Indicação Clínica

49 - Nome do Profissional
52 - Indicação Clínica

50 - Nome do Profissional
53 - Indicação Clínica

51 - Nome do Profissional
54 - Indicação Clínica

52 - Nome do Profissional
55 - Indicação Clínica

53 - Nome do Profissional
56 - Indicação Clínica

54 - Nome do Profissional
57 - Indicação Clínica

55 - Nome do Profissional
58 - Indicação Clínica

56 - Nome do Profissional
59 - Indicação Clínica

57 - Nome do Profissional
60 - Indicação Clínica

58 - Nome do Profissional
61 - Indicação Clínica

59 - Nome do Profissional
62 - Indicação Clínica

60 - Nome do Profissional
63 - Indicação Clínica

61 - Nome do Profissional
64 - Indicação Clínica

62 - Nome do Profissional
65 - Indicação Clínica

63 - Nome do Profissional
66 - Indicação Clínica

64 - Nome do Profissional
67 - Indicação Clínica

65 - Nome do Profissional
68 - Indicação Clínica

66 - Nome do Profissional
69 - Indicação Clínica

67 - Nome do Profissional
70 - Indicação Clínica

68 - Nome do Profissional
71 - Indicação Clínica

69 - Nome do Profissional
72 - Indicação Clínica

70 - Nome do Profissional
73 - Indicação Clínica

71 - Nome do Profissional
74 - Indicação Clínica

72 - Nome do Profissional
75 - Indicação Clínica

73 - Nome do Profissional
76 - Indicação Clínica

74 - Nome do Profissional
77 - Indicação Clínica

75 - Nome do Profissional
78 - Indicação Clínica

76 - Nome do Profissional
79 - Indicação Clínica

77 - Nome do Profissional
80 - Indicação Clínica

78 - Nome do Profissional
81 - Indicação Clínica

79 - Nome do Profissional
82 - Indicação Clínica

80 - Nome do Profissional
83 - Indicação Clínica

81 - Nome do Profissional
84 - Indicação Clínica

82 - Nome do Profissional
85 - Indicação Clínica

83 - Nome do Profissional
86 - Indicação Clínica

84 - Nome do Profissional
87 - Indicação Clínica

85 - Nome do Profissional
88 - Indicação Clínica

86 - Nome do Profissional
89 - Indicação Clínica

87 - Nome do Profissional
90 - Indicação Clínica

88 - Nome do Profissional
91 - Indicação Clínica

89 - Nome do Profissional
92 - Indicação Clínica

90 - Nome do Profissional
93 - Indicação Clínica

91 - Nome do Profissional
94 - Indicação Clínica

92 - Nome do Profissional
95 - Indicação Clínica

93 - Nome do Profissional
96 - Indicação Clínica

94 - Nome do Profissional
97 - Indicação Clínica

95 - Nome do Profissional
98 - Indicação Clínica

96 - Nome do Profissional
99 - Indicação Clínica

97 - Nome do Profissional
100 - Indicação Clínica

98 - Nome do Profissional
101 - Indicação Clínica

99 - Nome do Profissional
102 - Indicação Clínica

100 - Nome do Profissional
103 - Indicação Clínica

101 - Nome do Profissional
104 - Indicação Clínica

102 - Nome do Profissional
105 - Indicação Clínica

103 - Nome do Profissional
106 - Indicação Clínica

104 - Nome do Profissional
107 - Indicação Clínica

105 - Nome do Profissional
108 - Indicação Clínica

106 - Nome do Profissional
109 - Indicação Clínica

107 - Nome do Profissional
110 - Indicação Clínica

108 - Nome do Profissional
111 - Indicação Clínica

109 - Nome do Profissional
112 - Indicação Clínica

110 - Nome do Profissional
113 - Indicação Clínica

111 - Nome do Profissional
114 - Indicação Clínica

112 - Nome do Profissional
115 - Indicação Clínica

113 - Nome do Profissional
116 - Indicação Clínica

114 - Nome do Profissional
117 - Indicação Clínica

115 - Nome do Profissional
118 - Indicação Clínica

116 - Nome do Profissional
119 - Indicação Clínica

8295621



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

6 - Data validação de Série

7 - Número da Guia atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
114100960

9 - Validade da Carteira
10 - Nome
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a IN
N

Dados do Solicitante

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
95946

18 - UF
4

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
22/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Título
25 - Código do Procedimento ou
Item Assistencial
40803120

26 - Descrição
RX - Mão ou quilocação
MEDICAMENTOS

27 - Qtd. Sessão
1

28 - Qtd. Anest.
0

29 - Qtd. Anest.
0

30 - Qtd. Anest.
0

31 - Qtd. Anest.
0

32 - Qtd. Anest.
0

33 - Qtd. Anest.
0

34 - Qtd. Anest.
0

35 - Qtd. Anest.
0

36 - Qtd. Anest.
0

37 - Qtd. Anest.
0

38 - Qtd. Anest.
0

39 - Qtd. Anest.
0

40 - Qtd. Anest.
0

41 - Qtd. Anest.
0

42 - Qtd. Anest.
0

43 - Qtd. Anest.
0

44 - Qtd. Anest.
0

Dados do Operador

39 - Código na Operadora
23876304000112

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

41 - Nome do Profissional

42 - Conselho Profissional

43 - Número no Conselho

44 - UF

45 - Código CBO

46 - Assinatura do Contratado

Dados da Execução / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data
37 - Inicial
38 - Fm 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\$)

48 - Qtd. Anest.
0

49 - Qtd. Anest.
0

50 - Qtd. Anest.
0

51 - Qtd. Anest.
0

52 - Qtd. Anest.
0

Identificação do Profissional (Assinatura)

40 - Gr. Part
41 - Código na Operadora/CPF
51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Assinatura do Contratado

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

58 - Qtd. Anest.
0

59 - Qtd. Anest.
0

60 - Qtd. Anest.
0

61 - Qtd. Anest.
0

62 - Qtd. Anest.
0

63 - Qtd. Anest.
0

64 - Qtd. Anest.
0

65 - Qtd. Anest.
0

66 - Qtd. Anest.
0

Observações / 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 Medicamento (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Total Total (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autuação

67 - Assinatura do Profissional ou Responsável

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

Inscrição por KREBS/LIA

Data/Hora 22/03/2024 12:46:32

Certificação 8295621

Atendimento: 8295621

Condição: INST. ADVERTIDA/LIA

Condição: INST. ADVERTIDA/LIA

Condição: INST. ADVERTIDA/LIA

Condição: INST. ADVERTIDA/LIA

Condição: INST. ADVERTIDA/LIA

Condição: INST. ADVERTIDA/LIA

Condição: INST. ADVERTIDA/LIA

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...: SERVIÇO: CLINICA MEDICA
CID.....: CICLO...: COBERTURA:
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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 FISIOLÓGICO 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

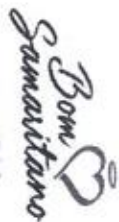
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	2						
Justificativa.: ESQ (500000)							
Obs.: AP + PERFIL + OB							

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
D. Atend. 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 gase 7.5 X 7.5 (setor) - un		Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº
	Agua Oxigenada - ml		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Estensolix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº
	Aguilha descartável 25x7		Comp. Cirurgica estéril		Polifix Padrao		Sonda Foley3 vias nº
1 + 2	Aguilha descartável 40x12		Cateter Central		PVPi degermante		Sonda Uretral nº
	Alcool Iodado - ml		Dreno de Torax nº		PVPi tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Eletrodo desc. de pape l- unidade		Clorexedina Alcodica		Sonda Nasoenteral
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Equipo Macrogotas	1	Seringa descartável s/ag3ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Equipo Bomba		Seringa Descartável s/ag5ml		Coletor Sistema Aberto
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo BIC Foto	1	Seringa Descartável s/ag10ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 10cm	1	Escalpe nº 23	1	Seringa Descartável s/ag20ml		Cateter Tipo Óculos
	Atadura gessada 20cm		Fio Catgut simples nº		Seringa Descartável s/ag60 ml		Xylocaina gel
	Benzina - ml		Fio Mononylon nº		Seringa Insulina		
	Bolsa de colostomia descartável		Lâmina de bisturi nº		Lanceta		
	Cadargo - 100cm		Lâmina pl tricotomia				
	Cânula end. S/balão nº		Malha Tubular nº cm				
	Cânula end. C/balão nº						
PROCEDIMENTOS							
Aplicação EV X	Drenagem torácica	Oxigênio: Início: ; Fim: ;	Sondagem vesical de alívio				
Aplicação IM	Eletrcardiograma	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora				
Aspiração	Glicemia Capilar	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica				
Cardioversão elétrica	Ventilação Mecânica: Início: ; Fim: ;	Punção Lombar	Traqueostomia				
Curativo P () M () G ()	Monitorização Cardíaca: Início: ; Fim: ;	Punção Venosa - Adulto	Verificação de sinais vitais				
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM							
HORA	PA	P	T	R	SAT	DOR	
						03 11:40 DT repouso fraco em mto 25 queda	
						Recebeu 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

6 - Data Validada da Servia

7 - Numero da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Numero da Carteira

10 - Nome

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

11113307

10 - Nome

LUIS RENATO CROCCETA

13 - Código da Operação

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - UF

16 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Assinatura do Profissional Solicitante

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

17 - Numero no Conselho

45480

18 - UF

19 - Código CBO

DANIELLE HORING GRUBERT

10 - Nome

06

45480

41

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

1

22

09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Classe

28 - Q. Autogr.

Impresso por: KIBBS, V.A.

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

Contato: 0330671

Assinatura: [assinatura]

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 LUIS RENATO CROCETA	6 - Data Validade da Carteira						7 - Número da Guia Retulada pela Operadora	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 1 22		25 - Código do Procedimento ou Serviço 10102019	26 - Descrição Visita hospitalar (paciente internado)	27 - Q1 Solic 1	28 - Q2 Autoriz 0								
Dados do Contratado													
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CNES 9365230									
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação 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	41 - Descrição		42 - Q100 43 - Via 44 - Tcc	45 - Q100 / Anest. 46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)				
Identificação do Paciente													
Dt. Nascimento 01/08/2008		Sexo M		Nome do Profissional LUIS RENATO CROCETA		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO			
Pront.: 629916		Dt.: 08/04/2024		Inst. Admitente - IAP / Colégio AOVEN									
8330671													
56 - Data de Realização do Procedimento em curso													
1 -		2 -		3 -		4 -		5 -		6 -		7 -	
8 -		9 -		10 -		11 -		12 -		13 -		14 -	
58 - Observação / Justificativa													
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 Geral (R\$)													
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização													
67 - Assinatura do Beneficiário ou Representante													
68 - Assinatura do Contratado													
Impresso por: NSUCENES													
Data: 08/04/2024 17:37:31													
Data: 08/04/2024 17:37:31													
Atendimento: 6230671													
Gráfico: INST ADVERTISTAS													
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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 16088

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

4 - Data de Autorização

5 - Sem

6 - Data Válido ou Sem

7 - Número da Guia Atendido pelo Operadora

8 - Número da Carteira

4315091

9 - Nome Social

MARIA LYDIA BOZELLI CELORIA

12 - Atendimento a RN

N

10 - Nome

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

11 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

10 - Código Profissional

43057

18 - UF

41

19 - Código CID

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

AMANDA SIMAO VIGO

21 - Cargo do Atendimento

2

22 - Data de Solicitação

19/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou

26 - Descrição

27 - Cx. Saki

28 - Cx. Aluz

29 - Cx. Saki

30 - Cx. Aluz

1

22

101039

Consulta em Pronto Socorro

31 - Cx. Saki

32 - Cx. Aluz

33 - Cx. Saki

34 - Cx. Aluz

35 - Cx. Saki

36 - Cx. Aluz

37 - Cx. Saki

38 - Cx. Aluz

39 - Cx. Saki

40 - Cx. Aluz

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou acompanhante)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Regime de Atendimento

37 - Estado Ocupacional

38 - Cx. Saki

39 - Cx. Aluz

40 - Cx. Saki

41 - Cx. Aluz

42 - Cx. Saki

43 - Cx. Aluz

Dados da Execução / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data

37 - 19 - Local

38 - 19 - Local

39 - 19 - Local

40 - 19 - Local

41 - 19 - Local

42 - 19 - Local

43 - 19 - Local

44 - 19 - Local

45 - 19 - Local

46 - 19 - Local

47 - 19 - Local

48 - 19 - Local

49 - 19 - Local

50 - 19 - Local

51 - 19 - Local

Identificação do(s) Profissional(is) Responsável(is)

48 - Desc. Prof.

49 - 01 - Prof.

50 - Código na Operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Nome do Profissional

53 - Nome do Profissional

54 - Nome do Profissional

55 - Nome do Profissional

56 - Nome do Profissional

57 - Nome do Profissional

58 - Nome do Profissional

59 - Nome do Profissional

60 - Nome do Profissional

61 - Nome do Profissional

62 - Nome do Profissional

63 - Data de Realização de Procedimento em: 56 - 57 - Assinatura do Beneficiário ou Representante

1 - 1

2 - 1

3 - 1

4 - 1

5 - 1

6 - 1

7 - 1

8 - 1

9 - 1

10 - 1

11 - 1

12 - 1

13 - 1

14 - 1

15 - 1

16 - 1

17 - 1

64 - Observação / Justificativa

65 - Total Procedimentos (RS)

66 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)

67 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)

68 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)

69 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)

70 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)

71 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)

72 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)

73 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)

74 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)

75 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)

76 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)

77 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)

78 - Total de Taxas e Aluguéis (RS)

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: RBC/2024

Destino: 19/03/2024 14:48:46

Código de Acesso: 827907

Atendimento: 827907

Carência: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8289017

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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

Data de Nascimento: 29/07/2003

Nº da Guia: 15307.002



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

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

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

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

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

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

Motivo do Retorno

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

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

Joserlania Ramos Pazette Fagundes

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 743

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

0

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Autorizada pelo Operadora

8 - Nome da Carteira

5128788832

9 - Validade da Carteira

31/12/2024

10 - Nome

MATEUS SILVEIRA XAVIER

11 - Assinatura do Profissional Solicitante

N

12 - Assinatura a RV

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

038877

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Código de Atendimento

22 - Data de Solicitação

27/02/2024

23 - Indicação Clínica

RM JOELHO ESQUERDO

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

RM DE JOELHO (INITIATIVA)



2824035

MATEUS SILVEIRA XAVIER

28/07/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024



2824035

MATEUS SILVEIRA XAVIER

28/07/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024



2824035

MATEUS SILVEIRA XAVIER

28/07/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024



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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 16259

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	5 - Setor	6 - Data Validade da Setor	7 - Numero da Guia Autorizado pelo Operadora
8 - Numero da Carteira 11113379	9 - Validação da Carteira	10 - Nome MYRELLA NUNES DE LIMA COELHO	11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
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 - CBO Profissional 06	17 - Numero no Cartão 44469
Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitados				
21 - Cuidado do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 26/03/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tipo de Atendimento 1	25 - Código do Procedimento ou 10101039
26 - Tabela Item Assistencial	27 - Código do Procedimento ou 10101039	28 - Descrição Consulta em pronto socorro	29 - Qx Solic. 1	30 - Qx Autoriz. 0
Dados do Contrato e Operadora				
31 - Código na Operadora 23876304000112	32 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	33 - Código CNEB 9365230	34 - Tipo de Contrato	35 - Modelo de Fomento do Procedimento
Dados do Beneficiário				
36 - Data 37 - Idade 38 - Hb Fund 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Cód. 43 - Via 44 - Tce 45 - % Ind. / Anos 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)	48 - Cód. 49 - Via 50 - Tce 51 - % Ind. / Anos 52 - Valor Unitário (R\$) 53 - Valor Total (R\$)	54 - Cód. 55 - Via 56 - Tce 57 - % Ind. / Anos 58 - Valor Unitário (R\$) 59 - Valor Total (R\$)
Dados do Beneficiário				
60 - Nome do Beneficiário MYRELLA NUNES DE LIMA COELHO				
61 - Data de Nascimento 15/07/2006				
62 - Sexo F				
63 - Endereço PRONT. 628763 DI. 26/03/2024				
64 - Cidade MARINGÁ				
65 - Estado PR				
66 - CEP 8301186				
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável Myrella Nunes de Lima Coelho				
68 - Assinatura do Responsável pela Autorização Rafael Gosfa Nabas				
69 - Assinatura do Contratado				
70 - Assinatura do Profissional				
71 - Assinatura do Médico				
72 - Assinatura do Enfermeiro				
73 - Assinatura do Técnico				
74 - Assinatura do Auxiliar				
75 - Assinatura do Porteiro				
76 - Assinatura do Vigilante				
77 - Assinatura do Limpeza				
78 - Assinatura do Segurança				
79 - Assinatura do Outros				
80 - Assinatura do Outros				
81 - Assinatura do Outros				
82 - Assinatura do Outros				
83 - Assinatura do Outros				
84 - Assinatura do Outros				
85 - Assinatura do Outros				
86 - Assinatura do Outros				
87 - Assinatura do Outros				
88 - Assinatura do Outros				
89 - Assinatura do Outros				
90 - Assinatura do Outros				
91 - Assinatura do Outros				
92 - Assinatura do Outros				
93 - Assinatura do Outros				
94 - Assinatura do Outros				
95 - Assinatura do Outros				
96 - Assinatura do Outros				
97 - Assinatura do Outros				
98 - Assinatura do Outros				
99 - Assinatura do Outros				
100 - Assinatura do Outros				

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		Xylocaina gel
	Benzina – ml	Fio Mononylon nº		Seringa Insulina		
	Bolsa de colostomia descartável	Lâmina de bisturi nº		Lanceta		
	Cadargo – 100cm	Lâmina p/ tricotomia				
	Canula end. S/balão nº	Malha Tubular nº cm				
	Canula 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 loto agneda

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
13/05/2024

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 de Solicitação
22/02/2024

24 - Tabela
1 22 10101039

25 - Código do Procedimento ou Item Anamnese
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Q. SAE
1

28 - Q. Atende
0

29 - Q. Atende
0

30 - Q. Atende
0

31 - Q. Atende
0

32 - Q. Atende
0

33 - Q. Atende
0

34 - Q. Atende
0

35 - Q. Atende
0

36 - Q. Atende
0

3 - Nº Guia Principal

6 - Data Validação da Serina

9 - Nome Social

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

37 - Código CNE-ES

38 - Nome do Contratado

39 - Nome do Contratado

40 - Nome do Contratado

41 - Descrição

42 - Q. SAE

43 - Q. Atende

44 - Q. Atende

45 - Q. Atende

46 - Q. Atende

47 - Q. Atende

48 - Q. Atende

6 - Data Validação da Serina

9 - Nome Social

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

37 - Código CNE-ES

38 - Nome do Contratado

39 - Nome do Contratado

40 - Nome do Contratado

41 - Descrição

42 - Q. SAE

43 - Q. Atende

44 - Q. Atende

45 - Q. Atende

46 - Q. Atende

47 - Q. Atende

48 - Q. Atende

49 - Q. Atende

6 - Data Validação da Serina

9 - Nome Social

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

37 - Código CNE-ES

38 - Nome do Contratado

39 - Nome do Contratado

40 - Nome do Contratado

41 - Descrição

42 - Q. SAE

43 - Q. Atende

44 - Q. Atende

45 - Q. Atende

46 - Q. Atende

47 - Q. Atende

48 - Q. Atende

49 - Q. Atende

6 - Data Validação da Serina

9 - Nome Social

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

37 - Código CNE-ES

38 - Nome do Contratado

39 - Nome do Contratado

40 - Nome do Contratado

41 - Descrição

42 - Q. SAE

43 - Q. Atende

44 - Q. Atende

45 - Q. Atende

46 - Q. Atende

47 - Q. Atende

48 - Q. Atende

49 - Q. Atende

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

PROCEDIMENTOS

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

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

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

ALTA HS.

Carla Beatriz de Moraes
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 - Nome do Beneficiário
258525

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
VINICIUS ROBERTO CALDEIRA ROCHA

11 - Numero 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
NOUR ALIMAN EL MAZOUZ SAID

16 - Conselho Profissional
06

17 - Numero no Conselho
038877

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento
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 - CI Solic.
1

28 - CI Autoriz.
0

Dados do Contrato Executado

29 - Código da Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNEIS
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (específico ou divergente)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Exatidão / Procedimento e Exame Realizados

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

42 - Qtd
43 - Via
44 - Tdc
45 - % Real / Autoriz
46 - Valor Unitário (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 Sanit
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

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

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Taxa Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CTS@BMSZ

Data Hora: 05/04/2024 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 MS
000000

3 - Nr. Guia Paciente

4 - Data de Autuação

5 - Sessão

6 - Data Validação de Sessão

7 - Número da Guia Atividade pelo Operador

8 - Nome do Beneficiário
9 - Número da Carteira
10 - Nome
VINICIUS ROBERTO CALDEIRA ROCHA
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Atendimento a RN
N

13 - Nome do Beneficiário
258525

13 - Código da Operadora
23876304000112
14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante
NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
16 - Conselho Profissional
06
17 - Número no Conselho
038877
18 - UF
41
19 - Código CBO
225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

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

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
40803090
26 - Descrição
RX - COTOVELO
27 - Cx. Solic.
1
28 - Qx. Autoriz.
0

Dados do Contratado/Estabelecimento
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 de Atendimento
33 - Indicação ou Acidente (patológico ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta
35 - Médico de Encaminhamento do Atendimento

Dados da Exatidão/Procedimento e Exames Realizados
36 - Data
37 - H. Inicial
38 - H. Final
39 - Local
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição
42 - Cx. Solic.
43 - Vix.
44 - Txc.
45 - % Real / Aceito
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional/Estabelecimento
48 - Cx. Solic.
49 - Cx. Pac.
50 - Código na operadora/CNPJ
51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho
54 - UF
55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Sessão
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
58 - Total Procedimentos (R\$)
59 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)
60 - Total Taxas em Aluguéis (R\$)
61 - Total Taxas em Aluguéis (R\$)
62 - Total Taxas em Aluguéis (R\$)
63 - Total Taxas em Aluguéis (R\$)
64 - Total Taxas em Aluguéis (R\$)
65 - Total Taxas em Aluguéis (R\$)
66 - Total Taxas em Aluguéis (R\$)
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: ICDILVERNE
Data: 05/04/2024 23:10:02
Certificado: 0021120
Assinatura: 0021120
Cliente: NSI ADVENTISTA/ADP
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 Sertina		7 - Numero da Guia Alinhado pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Sertina		8 - Validade da Carteira		10 - Nome VITORIA DA SILVA ROJA	
9 - Numero da Carteira 114213308		11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RM 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 - 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 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40804054		26 - Descrição RX - Joelho		27 - Q. Sade 1		28 - QJ. Natureza 0	
------------------	--	--	--	-------------------------------	--	-------------------	--	------------------------	--

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

32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Atividade Assistida ou outra intervenção		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
-----------------------	--	--	--	-----------------------	--	--	--

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

Identificação (Ident. Profissional/Endereço)		48 - Org. Part.		49 - Código na operadora/CNPJ		50 - Nome do Profissional		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Numero no Conselho		54 - U		55 - Código CBO	
--	--	-----------------	--	-------------------------------	--	---------------------------	--	---------------------------	--	----------------------------	--	-------------------------	--	--------	--	-----------------	--

56 - Data da Realização do Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Responsável pela Autorização		59 - Total de Tases e Arguas (R\$)		60 - Total de Tases de Vigencia (R\$)		61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		62 - Total de COTUL (R\$)		63 - Total de Atendimento (R\$)		64 - Total Gastos Medicamentos (R\$)		65 - Total Oros (R\$)	
--	--	--	--	---	--	------------------------------------	--	---------------------------------------	--	--	--	---------------------------	--	---------------------------------	--	--------------------------------------	--	-----------------------	--

66 - Observação / Justificativa		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado	
---------------------------------	--	--	--	-------------------------------	--



1 - Registro ANS
000000

3 - M. Guia Física

4 - Data de Autorização

5 - Bateria

6 - Data validade da Bateria

7 - Número de Guia Arquivado 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 - Causa do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
08/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22
Sem Material
10101039
Consulta em pronto socorro

27 - Qx Solic.
1

28 - Qx Anest.
0

Dados do Contratado - Encapsado

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação da Ação (relatório ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encaminhamento ou Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

42 - Cxib
43 - Via
44 - Tco.

45 - N. Final / Anest.
46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Encapsado(a)

48 - Selo, Bol.

49 - Qr. Pain.

50 - Código na operadora/CIF

51 - Nome do Profissional

52 - Czynio Profissional

53 - Número no Czynio

54 - UF

64 - Código CBO

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Tases e Aluguel (R\$)

61 - Total Tases de Material (R\$)

62 - Total de OPIRE (R\$)

63 - Total da Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: MSNENDES

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

Consultoria: 8330680

Assinatura: 8330680

Czynio: INST ADVERTISTAL,LP

8330680



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

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas normais.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

CD
SOLICITO RX
REAVLIAÇÃO APÓS

8330680

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

VISITA HOSPITALAR

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



DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

CRM
45480

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

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

CPM 45480