

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

2 - N° Guia no Prestador **16173**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - N. Guia Fiscal	6 - Data Validade da Garantia	7 - Número da Guia Arrecada por Operadora
4 - Data de Autorização	5 - SerVia		

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 1141100960	9 - Validade da Carteira	10 - Nome LUAN MATTHEUS COSTA SANTOS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	N
---	--	---	---	-----------------

13 - Código de Operação	23876304000112
14 - Nome do Contratado	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
16 - Descrição Profissional	
17 - Número no Contrato	
18 - UF	PR
19 - Código CBO	
20 - Atividade do Profissional Solicitante	

16 - Nome do Prestador Socialite	06	35916	41	225225
PLANTAO MAYRA THAIS NAKANO RODRIGUES				
Quota de Societário / Proprietários e Outros Sócios				
22 - Data de Sefcificação				
23 - Indicação Crtica				

21 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO	22 - DATA DO PROCEDIMENTO	23 - CATEGORIA DO PROCEDIMENTO	24 - TIPO DE PROCEDIMENTO	25 - CODIGO DO PROCEDIMENTO	26 - DESCRICAO	27 - QTD. SOLICITACAO	28 - QTD. APROVACAO
2	22/03/2024					1	0
1	22		Item Assessoria	10101039	Consulta em pronto socorro		

Open 22

29 - Código na Operação 93876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNEB 9366230
--	--	------------------------------------

Dados do Aluguel	
32 - Tipo Aluguel	33 - Indicação de Atividade (relacionada ao serviço relacionado)
34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Aluguel

Dados da Pesquisa: Procedimentos e Eventos Psicológicos									
30 - Data	31 - 1º Introd	32 - 1º Final	33 - Tarefa	34 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Q100	43 - Via	44 - 100	45 - % Pós / Anterior
									46 - Valor Líquido (198)

[illegible]

Matrícula	Nome do Beneficiário	CPF	End. - Cidade/UF
01 - 5	LUIZ HENRIQUE COSTA SANTOS	01 - 5	01 - 5
	Pront. 628407		
	Dt. Rend. 22/03/2024		
	INST ADVENTISTA 2024		
	PROVA IN		
	SURG IN		

UNION SOCCORRO CARDIOLOG MBST
8295621
11410000-
00 Deficiente ou Representante
5 - 7 - 9 -
10 -

Year	Q fever cases
1980	0
1981	0
1982	0
1983	0
1984	0
1985	0
1986	0
1987	0
1988	0
1989	0
1990	0
1991	0
1992	0
1993	19
1994	1
1995	2
1996	3
1997	4
1998	5
1999	10

59 - Total Procedimientos (14)	60 - Total de Tareas y Asignadas (14)	61 - Total Tareas de Materiales (14)	62 - Total de OCM (14)	63 - Total de Medicamentos (14)	64 - Total Casos Medicinal (14)	65 - Total Casos (14)
--------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-----------------------

06 - Assinatura do Responsável pela Atividade	07 - Assinatura do Beneficiário ou Representado <i>Guarim</i>	08 - Assinatura do Coordenador
--	---	---------------------------------------

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

8 - Nome do Beneficiário
9 - Validade da Carteira
10 - Nome
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
12 - Assinatura e IN

13 - Nome do Operador
14 - Nome do Contratado
15 - Nome do Profissional Solicitante
16 - Nome do Profissional
17 - Número no Conselho
18 - UF
19 - Código CBO
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
23 - Indicação Clínica
24 - Título
25 - Código do Procedimento ou
26 - Descrição
27 - Qtd. Sessão
28 - Qtd. Anest.

29 - Código na Operadora
30 - Nome do Consultório
31 - Código CBOES

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação do Acidente (pendente ou cirurgia eletiva)
34 - Tipo de Consulta
35 - Número do Exame/Exame do Atendimento

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

48 - Data Real
49 - Qtd. Part
50 - Código na Operadora/CPF
51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho
54 - UF
55 - Código CBO

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

59 - Total Procedimentos (R\$)
60 - Total da Taxa e Margem (R\$)
61 - Total Taxa de Medicina (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 Autorização
67 - Assinatura do Profissional ou Responsável
68 - Assinatura do Contratado

Inscrição por KRESLVA
Data/Hora 22/03/2024 12:46:32
Certificação 8295621
Atendimento: 8206621
Condição: INST ADVENTISTA/ABP

8295621



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

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



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

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
COBERTURA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

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

8295621

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO
CRM-PR: 23055

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

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

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERE TRAUMA EM MÃO ESQUERDA HA 1 DIA

EF:
PELE INTEGRAL
ADM LIMITADA PELA DOR
NEUROVASCULAR PRESERVADA

PT:
RX

8295621

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

VISITA HOSPITALAR

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



LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO
CRM-PR: 23055

TAXA DE SALA

HOSPITAL

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Compr. de gaze 7.5 X 7.5 (setor) - un		Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº
	Água Oxigenada - ml		Compr. de gaze tipo queijo (45cm)		Estensolix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº
	Aguilha descartável 25x7		Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		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 squente	
						Recebido oxigênio de RX medicado CPB	
						Seguiu em alta após	

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

Data de Nascimento: 22/06/2008

Nº da Guia: 16639



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

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

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

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto	(51) 98270-3529

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

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

Observações

Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

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

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 16639

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000 3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização 5 - Setor 6 - Data Validada da Servia 7 - Numero da Guia Atribuido pelo Operadora

8 - Numero da Carteira 11113307 9 - Validade da Carteira 10 - Nome LUIS RENATO CROCIETA 11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN N

13 - Código da Operação 23876304000112 14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A 15 - Nome do Profissional Solicitante DANIELLE HORING GRUBERT 16 - Conselho Profissional 06 17 - Numero no Conselho 45480 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento 22 - Data da Solicitação 09/04/2024 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Clsão 28 - Q. Autogr. 1 22 40804062 RX - Pacaria 1 0

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

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Atividade (incidente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do atendimento 42 - Data 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

36 - Data 37 - Inicial 38 - Pr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Data 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Código na operadora/CPE 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Numero no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

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

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado 69 - Assinatura do Profissional 70 - Assinatura do Profissional 71 - Assinatura do Profissional 72 - Assinatura do Profissional 73 - Assinatura do Profissional 74 - Assinatura do Profissional 75 - Assinatura do Profissional 76 - Assinatura do Profissional 77 - Assinatura do Profissional 78 - Assinatura do Profissional 79 - Assinatura do Profissional 80 - Assinatura do Profissional 81 - Assinatura do Profissional 82 - Assinatura do Profissional 83 - Assinatura do Profissional 84 - Assinatura do Profissional 85 - Assinatura do Profissional 86 - Assinatura do Profissional 87 - Assinatura do Profissional 88 - Assinatura do Profissional 89 - Assinatura do Profissional 90 - Assinatura do Profissional 91 - Assinatura do Profissional 92 - Assinatura do Profissional 93 - Assinatura do Profissional 94 - Assinatura do Profissional 95 - Assinatura do Profissional 96 - Assinatura do Profissional 97 - Assinatura do Profissional 98 - Assinatura do Profissional 99 - Assinatura do Profissional 100 - Assinatura do Profissional



1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal													
4 - Data de Autorização	5 - Serião													
Dados do Beneficiário		6 - Número da Carteira 11113307	9 - Validade da Carteira	10 - Nome LUIS RENATO CROCETA							11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N		
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A											
15 - Nome do Profissional Solicitante DANIELLE HORING GRUBERT		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45480	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante								
Dados de Solicitação / Prescrição e Exame Indicação		21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/04/2024	23 - Indicação Clínica										
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Serviço Realizado 10102019	26 - Descrição Visita hospitalar (paciente internado)											
27 - Q1 Solic 1		28 - Q2 Autoriz 0												
Dados do Contratado / Executante														
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A												
31 - Código CIES 9365230														
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação do Atendimento (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento									
Dados de Execução / Procedimento e Exames Realizados														
36 - Data 30		37 - Pt. Inicial 37	38 - Pt. Final 38	39 - Tabela 40	40 - Código do Procedimento		41 - Descrição							
42 - Q1m 43 - Via 44 - Tcc		45 - Q2 Rod / Assoc. 46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)										
Identificação do Paciente														
Dt. Nascimento 01.10.2008		Sexo M		51 - Nome do Profissional										
Pront. 629916		Dt. 08/04/2024		52 - Conselho Profissional										
Inst. ADVENTISTA-IAE / COLÉGIO NOVEN		53 - Número no Conselho												
8330671		54 - UF												
55 - Data de Realização do Procedimento em casa		56 - Realizado ou Responsável		57 - Nome do Profissional										
58 - Observação / Justificativa		59 - Total Procedimento (R\$)												
60 - Assinatura do Responsável pela Autorização		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de Opus (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinais (R\$)		65 - Total Geral (R\$)				
Impresso por: NSUCENES														
Data: 08/04/2024 17:37:31														
Data: 08/04/2024 17:37:31														
Atendimento: 6230671														
Gráfico: INST ADVENTISTA-IAE														
8330671														



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

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8302898 DATA: 08/04/2024 17:53
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO.: 8330671 DT NASC: 22/06/2008 (15A 9M 17D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 629916 - LUIS RENATO CROCETA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/04/2024 17:36 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

CD
SOLICITO RX
REAValiação APÓS

8330671

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

VISITA HOSPITALAR

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

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

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

PRESCRIÇÃO.: 8303018 DATA: 08/04/2024 18:45
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8330671 DT NASC: 22/06/2008 (15A 9M 17D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 629916 - LUIS RENATO CROCETA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/04/2024 17:36 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Lydia Bozelli Celória

Nº da Carteirinha: 4.31.5091

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 02/06/2012

Nº da Guia: 16088



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

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

Descrição

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

Testemunha da ocorrência

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Telefone

(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Data

19/03/2024

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

Observações

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

Ass.:

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12

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

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

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

2 - Nº Guia no Prestador 16088

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS		3 - Nr. Guia Pictorial		5 - Data Válidade da Guia		7 - Número da Guia Atendido pelo Operadora	
0							
4 - Data de Autorização				6 - Nome do Beneficiário			
5 - Sexo				9 - Validação da Carteira			
6 - Número da Carteira				4315091			
10 - Nome				MARIA LYDIA BOZELLI CELORIA			
12 - Alimentação 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: AMANDA SIMAO VIGO 16 - Número do Conselho: 43057 17 - Número no Conselho: 41 18 - UF: 225124 19 - Código CBO: 225124 20 - Assinatura do Profissional Solicitante 21 - Carimbo de Atendimento: 2 22 - Data de Solicitação: 19/03/2024 23 - Indicação Clínica 24 - Tipo de Atendimento: 2 25 - Código do Procedimento ou Exame Realizado: 101039 26 - Descrição: Consulta em Pronto Socorro 27 - QX Solic: 1 28 - QX Autoriz: 0							
Dados do Contratado 29 - Código da Operadora: 23876304000112 30 - Nome do Contratado: HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A 31 - Código CNES: 9365230 32 - Tipo de Atendimento: 2 33 - Endereço de Atendimento: 34 - Tipo de Curatela 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 36 - Data: 37 - 1º Local: 38 - 2º Local: 39 - 3º Local: 40 - Valor Unid (R\$): 41 - Descrição: 42 - Cofin: 43 - Via: 44 - Tel: 45 - % Real / Ativos: 46 - Valor Unid (R\$): 47 - Valor Total (R\$):							
Dados do Atendimento 48 - Data de Realização de Procedimento em: 49 - Assinatura do Beneficiário ou Representante: 50 - Assinatura do Profissional Solicitante: 51 - Assinatura do Contratado 52 - Data de Realização de Procedimento em: 53 - Assinatura do Beneficiário ou Representante: 54 - Assinatura do Contratado 55 - Observação / Justificativa: 56 - Observação / Justificativa: 57 - Assinatura do Beneficiário ou Representante: 58 - Assinatura do Contratado							

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.: *Joselania Ramos Pazette Fagundes*
COREN-PR 173102 - ENF

Joselania 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

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Nome Social

12 - Menoramento a RUI

N

MATEUS SILVEIRA XAVIER

Dados do Solicitante

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 CBO

9965230

22 - Data de Solicitação

27/02/2024

23 - Indicação Clínica

RM JOELHO ESQUERDO

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

41101316

26 - Descrição

RM DE JOELHO (INITIATIVA)

27 - QI Solicite

0

28 - QI Autoriz

0

Dados do Contratado Externo

29 - Código na Operadora

238763040001

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR

Dados do Atendimento

31 - Tipo Atendimento

32 - Indicação do Acidente (incidente ou doença relacionada)

33 - Tipo de Consulta

34 - Motivo do Encerramento do Atendimento

35 - Plano de atendimento

36 - Data

37 - Ht. inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - QI Chl

43 - Via

44 - Tbc

45 - % Real / Acum. 40 Valor Unitário (R\$)

46 - Valor Total (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação pelo Profissional Externo

48 - Sig. Ref.

49 - QI Part

50 - Código na operadora/CIF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Data de Realização do Procedimento em Série

59 - Data de Realização do Procedimento em Série

60 - Data de Realização do Procedimento em Série

61 - Data de Realização do Procedimento em Série

62 - Data de Realização do Procedimento em Série

63 - Data de Realização do Procedimento em Série

64 - Data de Realização do Procedimento em Série

65 - Observação / Justificativa

66 - Observação / Justificativa

67 - Observação / Justificativa

68 - Observação / Justificativa

69 - Observação / Justificativa

70 - Observação / Justificativa

71 - Observação / Justificativa

72 - Observação / Justificativa

73 - Observação / Justificativa

74 - Total Procedimentos (R\$)

75 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

76 - Total Taxas de Material (R\$)

77 - Total de OPM (R\$)

78 - Total de Medicamentos (R\$)

79 - Total Gastos Médicos (R\$)

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Responsável pela Autorização

86 - Assinatura do Responsável pela Autorização

87 - Assinatura do Responsável pela Autorização

88 - Assinatura do Responsável pela Autorização

89 - Assinatura do Responsável pela Autorização

90 - Assinatura do Responsável pela Autorização

91 - Assinatura do Responsável pela Autorização

92 - Assinatura do Responsável pela Autorização

93 - Assinatura do Responsável pela Autorização

94 - Assinatura do Responsável pela Autorização

95 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: NAEISAD

Data: 27/02/2024 09:41:20

Código: 00000000

Assinatura: 00000000

Contrato: INST. ADVENTISTA

Contrato: INST. ADVENTISTA

Contrato: INST. ADVENTISTA

Contrato: INST. ADVENTISTA

Contrato: INST. ADVENTISTA

8242922



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

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

MÉTODO

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

ANÁLISE

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

Patela tópica.

Superfícies condrais preservadas.

Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal preservados.

Meniscos lateral e medial sem alterações.

Rotura completa do ligamento cruzado anterior.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais íntegros.

Estruturas tendíneas sem alterações.

Moderado derrame articular.

Fossa poplíteia livre.

Laudado por:

Dr. Gustavo Leme

CRM - PR: 28571

Responsável Técnico: Dr. Renê Keizo Arikawa

RENÊ KEIZO ARIKAWA

CRM- SP: 98744

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 15/07/2006

Nº da Guia: 16259

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

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

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

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

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

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

Observações

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

Adrielly Lima
PRECEPTORA

Ass.: _____

Residencial Feminino

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31

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

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

[illegible]



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
4	Atadura algodão ortopédica 20cm	Eletrodo desc. de pape l- unidade		Clorexedina Alcoólica		Sonda Nasoenteral
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm	Equipo Macrogolias		Seringa descartável s/ ag3ml		Fólsa Coletora Sistema Fechado
4	Atadura crepom (PS/CC) 20cm	Equipo Bomba		Seringa Descartável s/ ag5ml		Coletor Sistema Aberto
	Atadura gessada 10cm	Equipo BIC Foto		Seringa Descartável s/ ag10ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
4	Atadura gessada 20cm	Escalpe nº 24		Seringa Descartável s/ ag20ml		Cateter Tipo Óculos
	Benzina – ml	Fio Catgut simples nº		Seringa Descartável s/ ag60 ml		Xylocalina gel
	Bolsa de colostomia descartável	Fio Mononylon nº		Seringa Insulina		
	Cadargo – 100cm	Lâmina de bisturi nº		Lanceta		
	Canula end. S/balão nº	Lâmina p/ tricotomia				
	Canula end. C/balão nº	Malha Tubular nº cm				

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Drenagem torácica	Oxigênio: Início: : Fim: :	Sondagem vesical de alívio
Aplicação IM	Eletrocardiograma	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Aspiração	Glicemia Capilar	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Cardioversão elétrica	Ventilação Mecânica: Início: : Fim: :	Punção Lombar	Traqueostomia
Curativo P () M () G ()	Monitorização Cardíaca: Início: : Fim: :	Punção Venosa – Adulto	Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samuel Brito Koenen

Nº da Carteira: 4.31.4847

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 16/11/2012

Nº da Guia: 15420



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

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição

Aluno caiu e bateu o queixo fazendo um corte.

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

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

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

Observações

Aluno foi atendido pelo coordenador disciplinar.

Ass.:

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

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

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12

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

assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

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

2 - Nº Guia no Prestador 15420

Folha:

1/1

CRM - PR 34462/RQE 25792
Dr. João Paulo da S. Silva
Pediatra
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 - Causa do Agravamento
2

23 - Data da Solicitação
22/02/2024

24 - Tabela
1 22 10101039

25 - Código do Procedimento ou Item Anamnese
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Q. SAE
1

28 - Q. ABO
0

29 - Q. ABO
0

30 - Q. ABO
0

31 - Q. ABO
0

32 - Q. ABO
0

33 - Q. ABO
0

34 - Q. ABO
0

35 - Q. ABO
0

36 - Q. ABO
0

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

16 - Conselho Profissional
40865

17 - Número no Conselho
41

18 - UF
225124

19 - Código CBO
20 - Atividade do Profissional Solicitante

21 - Indicação Clínica

22 - Indicação Clínica

23 - Indicação Clínica

24 - Indicação Clínica

25 - Indicação Clínica

26 - Indicação Clínica

27 - Indicação Clínica

28 - Indicação Clínica

29 - Indicação Clínica

30 - Indicação Clínica

31 - Indicação Clínica

32 - Indicação Clínica

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

39 - Conselho Profissional
40865

40 - Número no Conselho
41

41 - UF
225124

42 - Código CBO
43 - Atividade do Profissional Solicitante

44 - Indicação Clínica

45 - Indicação Clínica

46 - Indicação Clínica

47 - Indicação Clínica

48 - Indicação Clínica

49 - Indicação Clínica

50 - Indicação Clínica

51 - Indicação Clínica

52 - Indicação Clínica

53 - Indicação Clínica

54 - Indicação Clínica

55 - Indicação Clínica

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

58 - Conselho Profissional
40865

59 - Número no Conselho
41

60 - UF
225124

61 - Código CBO
62 - Atividade do Profissional Solicitante

63 - Indicação Clínica

64 - Indicação Clínica

65 - Indicação Clínica

66 - Indicação Clínica

67 - Indicação Clínica

68 - Indicação Clínica

69 - Indicação Clínica

70 - Indicação Clínica

71 - Indicação Clínica

72 - Indicação Clínica

73 - Indicação Clínica

74 - Indicação Clínica

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

77 - Conselho Profissional
40865

78 - Número no Conselho
41

79 - UF
225124

80 - Código CBO
81 - Atividade do Profissional Solicitante

82 - Indicação Clínica

83 - Indicação Clínica

84 - Indicação Clínica

85 - Indicação Clínica

86 - Indicação Clínica

87 - Indicação Clínica

88 - Indicação Clínica

89 - Indicação Clínica

90 - Indicação Clínica

91 - Indicação Clínica

92 - Indicação Clínica

93 - Indicação Clínica

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:	Sondagem vesical de alívio
Curativo MÉDIO	Nebulização	Sondagem vesical de demora
Curativo GRANDE	Oxigênio - início:	Sondagem nasogástrica
Drenagem torácica - KIT DREN	Passagem de Intracath	Traqueostomia
Eletrcardiograma - CG	Punção abdominal	Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

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

ALTA HS.

Carlo Beatriz de Aguiar Barreto
Enfermeira
CORENPR 506.813

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 30/10/2002

Nº da Guia: 16549

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

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

Descrição

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

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

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

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

Observações

Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.: _____

Joserlania Ramos Pazette Fagundes

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

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

Trauma

Antebraço

E



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

2 - Nº Guia no Prestador 16549

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sanita

6 - Data Validade da Servico

7 - Numero da Guia Atribuido para Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

VINICIUS ROBERTO CALDEIRA ROCHA

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

258525

13 - Código da Operadora

23876304000112

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

03/04/2024

22 - Data da Solicitação

Indicação Clínica

23 - Tipo de Atendimento

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Cl. Solic.

1

28 - Cl. 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 de Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (específico ou divergente)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Exceção / 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 / Aceite

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Prof.

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 Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

59 - Observações / Justificativa

60 - Total Procedimentos (R\$)

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

62 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicamentos (R\$)

65 - Taxa Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CIBABRANZ

Data Hora: 05/04/2024 15:16:32

Controlador: 9321120

Atendimento: 8321120

Convenio: 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 - Sexo

6 - Data Validação de Sexo

7 - Número da Guia Atualizada pelo Operador

8 - Nome do Beneficiário
258525

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
VINICIUS ROBERTO CALDEIRA ROCHA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
038877

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data de Solicitação
05/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
40803090

26 - Descrição
RX - COTOVELO

27 - Cl. Saúde
1

28 - QI Autoriz.
0

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação ou Acidente (patológico ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - H. Inicial

38 - H. Final

39 - Local

40 - Tipo de Procedimento

41 - Descrição

42 - Cofre

43 - Via

44 - Taxa

45 - % Real / Aceito

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Causa Ref.

49 - Q. Pac.

50 - Código na operação/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Total Procedimentos (R\$)

59 - Total Taxas em Aluguéis (R\$)

60 - Total Taxas em Visitas (R\$)

61 - Total Taxas em Medicamentos (R\$)

62 - Total Taxas em Outros (R\$)

63 - Total Taxas em Outros (R\$)

64 - Total Taxas em Outros (R\$)

65 - Total Taxas em Outros (R\$)

66 - Total Taxas em Outros (R\$)

67 - Assinatura do Responsável pela Autuação

68 - Assinatura do Responsável pela Autuação

69 - Assinatura do Responsável pela Autuação

70 - Assinatura do Responsável pela Autuação

71 - Assinatura do Responsável pela Autuação

72 - Assinatura do Responsável pela Autuação

73 - Assinatura do Responsável pela Autuação

74 - Assinatura do Responsável pela Autuação

75 - Assinatura do Responsável pela Autuação

76 - Assinatura do Responsável pela Autuação

77 - Assinatura do Responsável pela Autuação

78 - Assinatura do Responsável pela Autuação

79 - Assinatura do Responsável pela Autuação

80 - Assinatura do Responsável pela Autuação

81 - Assinatura do Responsável pela Autuação

82 - Assinatura do Responsável pela Autuação

83 - Assinatura do Responsável pela Autuação

84 - Assinatura do Responsável pela Autuação

85 - Assinatura do Responsável pela Autuação

86 - Assinatura do Responsável pela Autuação

87 - Assinatura do Responsável pela Autuação

88 - Assinatura do Responsável pela Autuação

89 - Assinatura do Responsável pela Autuação

90 - Assinatura do Responsável pela Autuação

91 - Assinatura do Responsável pela Autuação

92 - Assinatura do Responsável pela Autuação

93 - Assinatura do Responsável pela Autuação

94 - Assinatura do Responsável pela Autuação

95 - Assinatura do Responsável pela Autuação

96 - Assinatura do Responsável pela Autuação

97 - Assinatura do Responsável pela Autuação

98 - Assinatura do Responsável pela Autuação

99 - Assinatura do Responsável pela Autuação

100 - Assinatura do Responsável pela Autuação

Impresso por: ICDILVERNE

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

Cartão: 0021120

Assinatura: 0021120

Cartão: NBT ADVENTISTA/AD

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



1 - Registro ANS
000000

3 - M. Guia Física

4 - Data de Autorização
5 - Bateria

6 - Data validade da Bateria

7 - Número de Guia Autorizado pelo Operador

8 - Número da Carteira
114213308

10 - Nome
VITORIA DA SILVA ROJA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura a 1h
N

Dados do Solicitante

13 - Código de Operadora
23876304000112

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

16 - Nome do Profissional Solicitante
DANIELLE HORING GRUBERT

15 - 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
25 - Código do Procedimento ou
10101039
26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qx Solic.
1
28 - Qx Atende.
0

Dados do Contratado - Encarregado

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação da Ação (relatório ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encaminhamento ou Atendimento

Dados de Encaminhamento / Procedimentos e Exames Realizados

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

41 - Descrição

42 - Cidade
43 - Via
44 - Tel.

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

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Sexo: F/M

49 - Qx: Part

50 - Código na operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Czynosc Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

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

58 - Observações / Justificativas

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Bateria (R\$)

62 - Total de Qx (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Materiais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável 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

Contato: INST ADVERTIS/TA,LP

8330680



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

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas normais.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

CD
SOLICITO RX
REAVLIAÇÃO APÓS

8330680

PREScrição MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

VISITA HOSPITALAR

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



DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

CRM
45480

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

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

CRM 45480