

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



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

PROCEDIMENTOS

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

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 16/11/2012

Nº da Guia: 15420

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

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Rosto

Descrição

Aluno caiu e bateu o queixo fazendo um corte.

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

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

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

Observações

Aluno foi atendido pelo coordenador disciplinar.

Ass.:

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

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

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

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

Folha: 1/1

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

1 - Registro ANS 0

3 - Nr. Guia Principal 15420

4 - Data de autorização 15420

5 - Série 4314847

6 - Número da Carteira 4314847

7 - Validade da Carteira 10 - Nome SAMUEL BRITO KOENEN

8 - Nome Social

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

10 - Nome do Profissional SUELEN NAKAHARA DE GOUVEIA RODRIGUES

11 - Conselho Profissional 40865

12 - Número no Conselho 41

13 - Código CBO 225124

14 - Assinatura do Profissional Societário

15 - Data de Realização da Avaliação 22/02/2024

16 - Tipo de Atendimento 2

17 - Data da Solicitação 22/02/2024

18 - Indicação Clínica

19 - Tipo de Atendimento 22

20 - Descrição Consulta em pronto socorro

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

22 - Código na Operadora 23876304000112

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

24 - Tipo de Atendimento 34 - Tipo de Consulta

25 - Data de Realização da Avaliação 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

26 - Data de Realização da Avaliação 36 - Data Final 37 - Data Final

27 - Data de Realização da Avaliação 38 - Data Final 39 - Data Final

28 - Data de Realização da Avaliação 39 - Data Final 40 - Data Final

29 - Data de Realização da Avaliação 40 - Data Final 41 - Data Final

30 - Data de Realização da Avaliação 41 - Data Final 42 - Data Final

31 - Data de Realização da Avaliação 42 - Data Final 43 - Data Final

8234785

2 - N° Guia no Prestador **27730620**

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 e irmã, que sofreu FCC em ambiente pediátrico. Paciente em estado de consciência.

ALTA HS.

Carla Beatriz de Aguiar
Enfermeira
COREN-PR 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 - Numero da Carteira

10 - Validade da Carteira

11 - Nome

12 - Numero da Carteira Nacional de Saúde

13 - Abandono a RN

258525

14 - Nome do Contratado

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 - Carteira de Atendimento

22 - Data da Solicitação

03/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - CI Solic.

28 - CI Autoriz.

29 - Quantidade

30 - Valor Unitário

31 - Valor Total

32 - Observações

33 - Assinatura do Contratado

34 - Assinatura do Beneficiário

35 - Assinatura do Responsável

36 - Assinatura do Operador

37 - Tabela

38 - Código do Procedimento

39 - Descrição

40 - CI Solic.

41 - CI Autoriz.

42 - Quantidade

43 - Valor Unitário

44 - Valor Total

45 - Observações

46 - Assinatura do Contratado

47 - Assinatura do Beneficiário

48 - Assinatura do Responsável

49 - Assinatura do Operador

Dados do Contratado

20 - 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 genérico)

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 - Tabela

45 - % Real / Aceite

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante

48 - Seq. Rel

49 - GI Part

50 - Código na Operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Profissional

59 - Assinatura do Responsável

60 - Assinatura do Operador

61 - Assinatura do Beneficiário

62 - Assinatura do Responsável

63 - Assinatura do Operador

64 - Assinatura do Beneficiário

65 - Assinatura do Responsável

66 - Assinatura do Operador

67 - Assinatura do Beneficiário

68 - Assinatura do Responsável

69 - Assinatura do Operador

70 - Assinatura do Beneficiário

71 - Assinatura do Responsável

72 - Assinatura do Operador

73 - Assinatura do Beneficiário

74 - Assinatura do Responsável

75 - Assinatura do Operador

76 - Assinatura do Beneficiário

77 - Assinatura do Responsável

78 - Assinatura do Operador

79 - Assinatura do Beneficiário

80 - Assinatura do Responsável

81 - Assinatura do Operador

82 - Assinatura do Beneficiário

83 - Assinatura do Responsável

84 - Assinatura do Operador

85 - Assinatura do Beneficiário

86 - Assinatura do Responsável

87 - Assinatura do Operador

88 - Assinatura do Beneficiário

89 - Assinatura do Responsável

90 - Assinatura do Operador

91 - Assinatura do Beneficiário

92 - Assinatura do Responsável

93 - Assinatura do Operador

94 - Assinatura do Beneficiário

95 - Assinatura do Responsável

96 - Assinatura do Operador

97 - Assinatura do Beneficiário

98 - Assinatura do Responsável

99 - Assinatura do Operador

100 - Assinatura do Beneficiário

101 - Assinatura do Responsável

102 - Assinatura do Operador

103 - Assinatura do Beneficiário

104 - Assinatura do Responsável

105 - Assinatura do Operador

106 - Assinatura do Beneficiário

107 - Assinatura do Responsável

108 - Assinatura do Operador

109 - Assinatura do Beneficiário

110 - Assinatura do Responsável

111 - Assinatura do Operador

112 - Assinatura do Beneficiário

113 - Assinatura do Responsável

114 - Assinatura do Operador

115 - Assinatura do Beneficiário

116 - Assinatura do Responsável

117 - Assinatura do Operador

118 - Assinatura do Beneficiário

119 - Assinatura do Responsável

120 - Assinatura do Operador

121 - Assinatura do Beneficiário

122 - Assinatura do Responsável

123 - Assinatura do Operador

124 - Assinatura do Beneficiário

125 - Assinatura do Responsável

126 - Assinatura do Operador

127 - Assinatura do Beneficiário

128 - Assinatura do Responsável

129 - Assinatura do Operador

130 - Assinatura do Beneficiário

131 - Assinatura do Responsável

132 - Assinatura do Operador

133 - Assinatura do Beneficiário

134 - Assinatura do Responsável

135 - Assinatura do Operador

136 - Assinatura do Beneficiário

137 - Assinatura do Responsável

138 - Assinatura do Operador

139 - Assinatura do Beneficiário

140 - Assinatura do Responsável

141 - Assinatura do Operador

142 - Assinatura do Beneficiário

143 - Assinatura do Responsável

144 - Assinatura do Operador

145 - Assinatura do Beneficiário

146 - Assinatura do Responsável

147 - Assinatura do Operador

148 - Assinatura do Beneficiário

149 - Assinatura do Responsável

150 - Assinatura do Operador

151 - Assinatura do Beneficiário

152 - Assinatura do Responsável

153 - Assinatura do Operador

154 - Assinatura do Beneficiário

155 - Assinatura do Responsável

156 - Assinatura do Operador

157 - Assinatura do Beneficiário

158 - Assinatura do Responsável

159 - Assinatura do Operador

160 - Assinatura do Beneficiário

161 - Assinatura do Responsável

162 - Assinatura do Operador

163 - Assinatura do Beneficiário

164 - Assinatura do Responsável

165 - Assinatura do Operador

166 - Assinatura do Beneficiário

167 - Assinatura do Responsável

168 - Assinatura do Operador

169 - Assinatura do Beneficiário

170 - Assinatura do Responsável

171 - Assinatura do Operador

172 - Assinatura do Beneficiário

173 - Assinatura do Responsável

174 - Assinatura do Operador

175 - Assinatura do Beneficiário

176 - Assinatura do Responsável

177 - Assinatura do Operador

178 - Assinatura do Beneficiário

179 - Assinatura do Responsável

180 - Assinatura do Operador

181 - Assinatura do Beneficiário

182 - Assinatura do Responsável

183 - Assinatura do Operador

184 - Assinatura do Beneficiário

185 - Assinatura do Responsável

186 - Assinatura do Operador

187 - Assinatura do Beneficiário

188 - Assinatura do Responsável

189 - Assinatura do Operador

190 - Assinatura do Beneficiário

191 - Assinatura do Responsável

192 - Assinatura do Operador

193 - Assinatura do Beneficiário

194 - Assinatura do Responsável

195 - Assinatura do Operador

196 - Assinatura do Beneficiário

197 - Assinatura do Responsável

198 - Assinatura do Operador

199 - Assinatura do Beneficiário

200 - Assinatura do Responsável

201 - Assinatura do Operador

202 - Assinatura do Beneficiário

203 - Assinatura do Responsável

204 - Assinatura do Operador

205 - Assinatura do Beneficiário

206 - Assinatura do Responsável

207 - Assinatura do Operador

208 - Assinatura do Beneficiário

209 - Assinatura do Responsável

210 - Assinatura do Operador

211 - Assinatura do Beneficiário

212 - Assinatura do Responsável

213 - Assinatura do Operador

214 - Assinatura do Beneficiário

215 - Assinatura do Responsável

216 - Assinatura do Operador

217 - Assinatura do Beneficiário

218 - Assinatura do Responsável

219 - Assinatura do Operador

220 - Assinatura do Beneficiário

221 - Assinatura do Responsável

222 - Assinatura do Operador

223 - Assinatura do Beneficiário

224 - Assinatura do Responsável

225 - Assinatura do Operador

226 - Assinatura do Beneficiário

227 - Assinatura do Responsável

228 - Assinatura do Operador

229 - Assinatura do Beneficiário

230 - Assinatura do Responsável

231 - Assinatura do Operador

232 - Assinatura do Beneficiário

233 - Assinatura do Responsável

234 - Assinatura do Operador

235 - Assinatura do Beneficiário

236 - Assinatura do Responsável

237 - Assinatura do Operador

238 - Assinatura do Beneficiário

239 - Assinatura do Responsável

240 - Assinatura do Operador

241 - Assinatura do Beneficiário

242 - Assinatura do Responsável

243 - Assinatura do Operador

244 - Assinatura do Beneficiário

245 - Assinatura do Responsável

246 - Assinatura do Operador

247 - Assinatura do Beneficiário

248 - Assinatura do Responsável

249 - Assinatura do Operador

250 - Assinatura do Beneficiário

251 - Assinatura do Responsável

252 - Assinatura do Operador

253 - Assinatura do Beneficiário

254 - Assinatura do Responsável

255 - Assinatura do Operador

256 - Assinatura do Beneficiário

257 - Assinatura do Responsável

258 - Assinatura do Operador

259 - Assinatura do Beneficiário

260 - Assinatura do Responsável

261 - Assinatura do Operador

262 - Assinatura do Beneficiário

263 - Assinatura do Responsável

264 - Assinatura do Operador

265 - Assinatura do Beneficiário

266 - Assinatura do Responsável

267 - Assinatura do Operador

268 - Assinatura do Beneficiário

269 - Assinatura do Responsável

270 - Assinatura do Operador

271 - Assinatura do Beneficiário

272 - Assinatura do Responsável

273 - Assinatura do Operador

274 - Assinatura do Beneficiário

275 - Assinatura do Responsável

276 - Assinatura do Operador

277 - Assinatura do Beneficiário



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 - Nº Guia Paciente

4 - Data de Autuação

5 - Serviço

6 - Data Vistoria de Saúde

7 - Número da Guia Atividade pelo Operador

8 - Nome do Beneficiário

9 - Nome da Mãe

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

13 - Nome do Beneficiário

14 - Nome da Mãe

15 - Nome do Beneficiário

16 - Nome do Beneficiário

17 - Nome do Beneficiário

18 - Nome do Beneficiário

19 - Nome do Beneficiário

20 - Nome do Beneficiário

21 - Nome do Beneficiário

22 - Nome do Beneficiário

23 - Nome do Beneficiário

24 - Nome do Beneficiário

25 - Nome do Beneficiário

26 - Nome do Beneficiário

27 - Nome do Beneficiário

28 - Nome do Beneficiário

29 - Nome do Beneficiário

30 - Nome do Beneficiário

31 - Nome do Beneficiário

32 - Nome do Beneficiário

33 - Nome do Beneficiário

34 - Nome do Beneficiário

35 - Nome do Beneficiário

36 - Nome do Beneficiário

37 - Nome do Beneficiário

38 - Nome do Beneficiário

39 - Nome do Beneficiário

40 - Nome do Beneficiário

41 - Nome do Beneficiário

42 - Nome do Beneficiário

43 - Nome do Beneficiário

44 - Nome do Beneficiário

45 - Nome do Beneficiário

46 - Nome do Beneficiário

47 - Nome do Beneficiário

48 - Nome do Beneficiário

49 - Nome do Beneficiário

50 - Nome do Beneficiário

51 - Nome do Beneficiário

52 - Nome do Beneficiário

53 - Nome do Beneficiário

54 - Nome do Beneficiário

55 - Nome do Beneficiário

56 - Nome do Beneficiário

57 - Nome do Beneficiário

58 - Nome do Beneficiário

59 - Nome do Beneficiário

60 - Nome do Beneficiário

61 - Nome do Beneficiário

62 - Nome do Beneficiário

63 - Nome do Beneficiário

64 - Nome do Beneficiário

65 - Nome do Beneficiário

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 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 - Código do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
08/04/2024

23 - Indicação Clínica

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

27 - Qx Solic.
1

28 - Qx Anest.
0

Dados do Contratado - Encargado

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação da Ação (relatório ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de encaminhamento ao 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) Encarregado(a)

48 - Sexo: F/M

49 - Qx. Prof.

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 Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

08 - Observação / Justificativa

58 - Total Procedimentos (R\$)

59 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

60 - Total Taxas de Material (R\$)

61 - Total de OPIRE (R\$)

62 - Total de Medicamentos (R\$)

63 - Total Gastos Materiais (R\$)

64 - Total Geral (R\$)

65 - Assinatura do Responsável pelo Autorização

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura da Contratada

Impresso por: MSIMENDES

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

Consultoria: 8330680

Contato: INST.ADM@BOMSAMARITANO.COM.BR

8330680



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

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas normais.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

CD
SOLICITO RX
REAVLIAÇÃO APÓS

8330680

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

VISITA HOSPITALAR

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



DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

CRM 45480

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

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

CPM 45480



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

2 - Nº Guia no Prestador 16259

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Própria

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MYRELLA NUNES DE LIMA COELHO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a INU
N

Dados do Paciente

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
RAFAEL COSTA MABAS

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
44469

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Canteiro do Atendimento
2

22 - Data de Solicitação
26/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
22

26 - Descrição
EX - Pe ou pododactilo

27 - RX ou RX
40804089

28 - Articulacao fibiocrural (tornozelo)

29 - MEDICAMENTOS

30 - Data

31 - Ht. Inicial

32 - Ht. Final

33 - Tabela

34 - Código do Procedimento

35 - Descrição

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - CBO

43 - Via

44 - Tbc

45 - % Red / Aneur

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Dados do Contratado Encarregado

29 - Código da Operadora
23876304000112

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

Dados do Atendimento

31 - Tipo Atendimento

32 - Indicação do Acidente (acidente ou doença medicamentosa)

33 - Tipo de Consulta

34 - Motivo do Encaminhamento do Atendimento

35 - Data

36 - Ht. Inicial

37 - Ht. Final

38 - Tabela

39 - Código do Procedimento

40 - Descrição

41 - CBO

42 - Via

43 - Tbc

44 - % Red / Aneur

45 - Valor Unitário (R\$)

46 - Valor Total (R\$)

Histórico de atendimento (Procedimentos e Exames Realizados)

48 - Sentença

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

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

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Incrasso por: K0001LVA

Data: 26/03/2024 09:38:17

Conexão: 010108

Atendimento: 810108

Conexão: INST. ADONITISTALAP

8301186