

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 30/10/2002

Nº da Guia: 16549

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

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

Descrição

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

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

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

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

Observações

Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.: _____

Joserlania Ramos Pazette Fagundes

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

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

Trauma

Antebraço

E



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

2 - Nº Guia no Prestador 16549

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sanita

6 - Data Validade da Servico

7 - Numero da Guia Atribuido para Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

VINICIUS ROBERTO CALDEIRA ROCHA

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

258525

13 - Código da Operadora

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

24 - Tabula

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 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 - Tabula

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Orde

43 - Via

44 - Tbc

45 - % Real / Aceite

46 - Valor Unitario (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante

48 - Seq. Rel

49 - Gr. Prof

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 Sanit

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

59 - Total Procedimentos (R\$)

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

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicamentos (R\$)

65 - Taxa Geral (R\$)

66 - Observações / Justificativa

67 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

68 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

69 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

70 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

71 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

72 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

73 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

74 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

75 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

76 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

77 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

78 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

79 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

80 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

Impresso por: CIBRILINX

Data Hora: 08/04/2024 15:16:32

Controlador: 8321120

Atendimento: 8321120

Controlador: INST ADVERTIS/ALAP

8321120

PRESCRIÇÃO.: 8289355 DATA: 03/04/2024 22:36
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

MÉDICO.....: NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
LEITO...: COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

trauma direto em cotovelo esq hoje jogando bola

pele integra
edema discreto
adm e fm preservada
neurovas preservado

pt
rx

8321120

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP COTOVELO	1						
Justificativa.: esq							
Obs.: esq							

VISITA HOSPITALAR

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

Assinatura 28131

PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE
CRM-PR: 28131

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

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

2 - Nº Guia no Prestador **8321120**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS		3 - Nr. Guia Física		6 - Data Valsade de Santa		7 - Número da Guia Atibuido pela Operadora	
000000							
4 - Data de Autorização		5 - Série		8 - Data		9 - Nome	
						VINICIUS ROBERTO CALDEIRA ROCHA	
Dados do Beneficiário		9 - Número da Carteira		10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
258525							
Dados do Solicitante		13 - Código de Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante	
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		16 - Nome do Profissional		17 - Número do Conselho	
NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID		06		038877		41	
225270		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados de Solicitação / Procedimento e Exame Solicitado		21 - Código de Procedimento		22 - Data de Solicitação		23 - Indicação Clínica	
2		05/04/2024					
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição		27 - Cx. Saúde	
1		40803090		RX - COTOVELO		28 - Qx. Ambulatório	
Dados de Contratação / Escassez		29 - Nome do Contratado		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNI	
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A				9365230	
Dados do Atendimento		32 - Tipo de Atendimento		33 - Indicação ou Acidente (avulso ou doença reatada)		34 - Tipo de Consulta	
Dados da Prescrição / Procedimento e Exame Prescritos		35 - Data		36 - Data		37 - Data	
Identificação do(s) Profissional(is) Responsável(is)		40 - Cx. Part.		41 - Código na Operadora/CPF		42 - Nome do Profissional	
40 - Selo Sól.							
06 - Data de Realização do Procedimento em Saúde		07 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		08 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		09 - Assinatura do Contratado	
60 - Total de Taxas e Abundâncias (R\$)		61 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		62 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)	
64 - Assinatura do Responsável pela Autorização		65 - Assinatura do Responsável		66 - Assinatura do Responsável		67 - Assinatura do Responsável	
68 - Total de Taxas e Abundâncias (R\$)		69 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		70 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		71 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)	
72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
76 - Total de Taxas e Abundâncias (R\$)		77 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		78 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		79 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)	
80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
84 - Total de Taxas e Abundâncias (R\$)		85 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		86 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		87 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)	
88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
92 - Total de Taxas e Abundâncias (R\$)		93 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		94 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		95 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)	
96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
100 - Total de Taxas e Abundâncias (R\$)		101 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		102 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		103 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)	
104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
108 - Total de Taxas e Abundâncias (R\$)		109 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		110 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		111 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)	
112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
116 - Total de Taxas e Abundâncias (R\$)		117 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		118 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		119 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)	
120 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		121 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		122 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		123 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
124 - Total de Taxas e Abundâncias (R\$)		125 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		126 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		127 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)	
128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		129 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		130 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		131 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
132 - Total de Taxas e Abundâncias (R\$)		133 - Total de Taxas de Atendimento (R\$)		134 - Total de			



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 Carteirinha: 11.4.213308
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 27/03/2006

Nº da Guia: 16650

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

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

Descrição

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

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

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

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

Observações

Encaminhado para avaliação médica e conduta.

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

Ass.:

Gilberto Junior

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador **16650**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ABRAT
000000

2 - Nº Guia Principal

3 - Data de Autorização

4 - Data de Autorização

5 - Data

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Nome da Criança

10 - Nome

11 - Validade da Carteira

12 - Nome

13 - Validade da Carteira

14 - Nome

15 - Nome

16 - Nome

17 - Nome

18 - Nome

19 - Nome

20 - Nome

21 - Nome

22 - Nome

23 - Nome

24 - Nome

25 - Nome

26 - Nome

27 - Nome

28 - Nome

29 - Nome

30 - Nome

31 - Nome

32 - Nome

33 - Nome

34 - Nome

35 - Nome

36 - Nome

37 - Nome

38 - Nome

39 - Nome

40 - Nome

41 - Nome

42 - Nome

43 - Nome

44 - Nome

45 - Nome

46 - Nome

47 - Nome

48 - Nome

49 - Nome

50 - Nome

51 - Nome

52 - Nome

53 - Nome

54 - Nome

55 - Nome

56 - Nome

57 - Nome

58 - Nome

59 - Nome

60 - Nome

61 - Nome

62 - Nome

63 - Nome

64 - Nome

65 - Nome

66 - Nome

67 - Nome

68 - Nome

69 - Nome

70 - Nome

71 - Nome

72 - Nome

73 - Nome

74 - Nome

75 - Nome

76 - Nome

77 - Nome

78 - Nome

79 - Nome

80 - Nome

81 - Nome

82 - Nome

83 - Nome

84 - Nome

85 - Nome

86 - Nome

87 - Nome

88 - Nome

89 - Nome

90 - Nome

91 - Nome

92 - Nome

93 - Nome

94 - Nome

95 - Nome

96 - Nome

97 - Nome

98 - Nome

99 - Nome

100 - Nome

101 - Nome

102 - Nome

103 - Nome

104 - Nome

105 - Nome

106 - Nome

107 - Nome

108 - Nome

109 - Nome

110 - Nome

111 - Nome

112 - Nome

113 - Nome

114 - Nome

115 - Nome

116 - Nome

117 - Nome

118 - Nome

119 - Nome

120 - Nome

121 - Nome

122 - Nome

123 - Nome

124 - Nome

125 - Nome

126 - Nome

127 - Nome

128 - Nome

129 - Nome

130 - Nome

131 - Nome

132 - Nome

133 - Nome

134 - Nome

135 - Nome

136 - Nome

137 - Nome

138 - Nome

139 - Nome

140 - Nome

141 - Nome

142 - Nome

143 - Nome

144 - Nome

145 - Nome

146 - Nome

147 - Nome

148 - Nome

149 - Nome

150 - Nome

151 - Nome

152 - Nome

153 - Nome

154 - Nome

155 - Nome

156 - Nome

157 - Nome

158 - Nome

159 - Nome

160 - Nome

161 - Nome

162 - Nome

163 - Nome

164 - Nome

165 - Nome

166 - Nome

167 - Nome

168 - Nome

169 - Nome

170 - Nome

171 - Nome

172 - Nome

173 - Nome

174 - Nome

175 - Nome

176 - Nome

177 - Nome

178 - Nome

179 - Nome

180 - Nome

181 - Nome

182 - Nome

183 - Nome

184 - Nome

185 - Nome

186 - Nome

187 - Nome

188 - Nome

189 - Nome

190 - Nome

191 - Nome

192 - Nome

193 - Nome

194 - Nome

195 - Nome

196 - Nome

197 - Nome

198 - Nome

199 - Nome

200 - Nome

201 - Nome

202 - Nome

203 - Nome

204 - Nome

205 - Nome

206 - Nome

207 - Nome

208 - Nome

209 - Nome

210 - Nome

211 - Nome

212 - Nome

213 - Nome

214 - Nome

215 - Nome

216 - Nome

217 - Nome

218 - Nome

219 - Nome

220 - Nome

221 - Nome

222 - Nome

223 - Nome

224 - Nome

225 - Nome

226 - Nome

227 - Nome

228 - Nome

229 - Nome

230 - Nome

231 - Nome

232 - Nome

233 - Nome

234 - Nome

235 - Nome

236 - Nome

237 - Nome

238 - Nome

239 - Nome

240 - Nome

241 - Nome

242 - Nome

243 - Nome

244 - Nome

245 - Nome

246 - Nome

247 - Nome

248 - Nome

249 - Nome

250 - Nome

251 - Nome

252 - Nome

253 - Nome

254 - Nome

255 - Nome

256 - Nome

257 - Nome

258 - Nome

259 - Nome

260 - Nome

261 - Nome

262 - Nome

263 - Nome

264 - Nome

265 - Nome

266 - Nome

267 - Nome

268 - Nome

269 - Nome

270 - Nome

271 - Nome

272 - Nome

273 - Nome

274 - Nome

275 - Nome

276 - Nome

277 - Nome

278 - Nome

279 - Nome

280 - Nome

281 - Nome

282 - Nome

283 - Nome

284 - Nome

285 - Nome

286 - Nome

287 - Nome

288 - Nome

289 - Nome

290 - Nome

291 - Nome

292 - Nome

293 - Nome

294 - Nome

295 - Nome

296 - Nome

297 - Nome

298 - Nome

299 - Nome

300 - Nome

301 - Nome

302 - Nome

303 - Nome

304 - Nome

305 - Nome

306 - Nome

307 - Nome



1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Profissional

4 - Data de Autorização

5 - Data

6 - Data validade da Servia

7 - Número de Guia Autorizado pelo Operador

8 - Nome da Carteira
114213308

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
VITORIA DA SILVA ROJA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura a St
N

13 - Código de Operadora
23876304000112

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

15 - Conselho Profissional
06

16 - Número no Conselho
45480

17 - UF
41

18 - Código CBO
225270

19 - Assinatura do Profissional Solicitante

20 - Nome do Profissional Solicitante
DANIELLE HORING GRUBERT

21 - Carimbo do Atendimento

22 - Data do Atendimento
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

29 - Data
30 - Hora Inicial
31 - Hora Final

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação da Atividade (relatório ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de encaminhamento ou atendimento

36 - Data
37 - Hora Inicial
38 - Hora Final

39 - Tabela
40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - CBO
43 - Via

44 - Tpo.

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

47 - Valor Total (R\$)

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

49 - Código CNES
9365230

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

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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

58 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Data de Realização de Procedimento em Saúde
100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Total de Procedimentos (R\$)

61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

62 - Total de Honorários (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Outros Custos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

68 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

69 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

70 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

71 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

72 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

73 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

74 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

75 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

76 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

77 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

78 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

79 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

80 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

81 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

82 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

83 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

84 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

85 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

86 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

87 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

88 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

89 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

90 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

91 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

92 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

93 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

94 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

95 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

96 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

97 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

98 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

99 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

100 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

91 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

92 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

93 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

94 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

95 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

96 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

97 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

98 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

99 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

100 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

96 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

97 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

98 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

99 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

100 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

96 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

97 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

98 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

99 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

100 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

96 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

97 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

98 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

99 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

100 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

96 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

97 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

98 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

99 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

100 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

8330680



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

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas normais.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

CD
SOLICITO RX
REAVLIAÇÃO APÓS

8330680

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

VISITA HOSPITALAR

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



DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

CRM
45480

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

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

CPM 45480