

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Francisco Maruti Penachiotti
Nº da Carteirinha: 11.1.8777
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 15/01/2014

Nº da Guia: 16583

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/04/2024	10:37:00	Campo Society	Aula de outras matérias

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Pé Esquerdo

Descrição

Aluno estava em atividade física escolar, durante a atividade o colega chutou o pé esquerdo (MIE). Apresenta edema, dificuldade para movimentar o membro e deambular. Realizada aplicação de gelo e realizado curativo de imobilização com atadura.

Testemunha da ocorrência

Prof. Vilma

Telefone

(44) 9916-0093

Quem prestou primeiros socorros

Samanta

Data

05/04/2024

Local de atendimento

HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá

Endereço

Av. Independência

Nº

93

Bairro

Zona 04

Telefone

(44) 3032-1818
(44) 3220-6166

Observações

Oriento pais/responsáveis e encaminhamento para avaliação ortopédica.



Documento assinado digitalmente

GILBERTO GUINAR FORTES MIRANDA JÚNIOR

Data: 05/04/2024 10:59:42-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ass.:

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

Impresso por: Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

1 de 1

5/04/2024 10:57

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

2 - Nº Guia no Prestador 8325752

Folha: 1 / 1

1 - Registro AMS
0

4 - Data de Autuação

5 - Setor

6 - Data Validade em Setor

7 - Número da Guia Attribuído para Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome Social

11 - Nome

12 - Atendimento a RN

FRANCISCO MARUTI PENACHIOTTI

Dados do Segurado

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Número Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES

21 - Carimbo do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou

26 - Descrição

27 - Quantidade

28 - Qx Admitir

1 22

40804089

40804097

RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)

RX - Pe ou pododactilo

27 - Quantidade

28 - Qx Admitir

29 - Índice de Cobertura Especial

30 - Valor Total (R\$)

31 - Valor Total (R\$)

1 22

40804089

40804097

RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)

RX - Pe ou pododactilo

27 - Quantidade

28 - Qx Admitir

29 - Índice de Cobertura Especial

30 - Valor Total (R\$)

31 - Valor Total (R\$)

1 22

40804089

40804097

RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)

RX - Pe ou pododactilo

27 - Quantidade

28 - Qx Admitir

29 - Índice de Cobertura Especial

30 - Valor Total (R\$)

31 - Valor Total (R\$)

1 22

40804089

40804097

RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)

RX - Pe ou pododactilo

27 - Quantidade

28 - Qx Admitir

29 - Índice de Cobertura Especial

30 - Valor Total (R\$)

31 - Valor Total (R\$)

1 22

40804089

40804097

RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)

RX - Pe ou pododactilo

27 - Quantidade

28 - Qx Admitir

29 - Índice de Cobertura Especial

30 - Valor Total (R\$)

31 - Valor Total (R\$)

1 22

40804089

40804097

RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)

RX - Pe ou pododactilo

27 - Quantidade

28 - Qx Admitir

29 - Índice de Cobertura Especial

30 - Valor Total (R\$)

31 - Valor Total (R\$)

1 22

40804089

40804097

RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)

RX - Pe ou pododactilo

27 - Quantidade

28 - Qx Admitir

29 - Índice de Cobertura Especial

30 - Valor Total (R\$)

31 - Valor Total (R\$)

1 22

40804089

40804097

RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)

RX - Pe ou pododactilo

27 - Quantidade

28 - Qx Admitir

29 - Índice de Cobertura Especial

30 - Valor Total (R\$)

31 - Valor Total (R\$)

1 22

40804089

40804097

RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)

RX - Pe ou pododactilo

27 - Quantidade

28 - Qx Admitir

29 - Índice de Cobertura Especial

30 - Valor Total (R\$)

31 - Valor Total (R\$)

1 22

40804089

40804097

RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)

RX - Pe ou pododactilo

27 - Quantidade

28 - Qx Admitir

29 - Índice de Cobertura Especial

30 - Valor Total (R\$)

31 - Valor Total (R\$)

1 22

40804089

40804097

RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)

RX - Pe ou pododactilo

27 - Quantidade

28 - Qx Admitir

29 - Índice de Cobertura Especial

30 - Valor Total (R\$)

31 - Valor Total (R\$)

1 22

40804089

40804097

RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)

RX - Pe ou pododactilo

27 - Quantidade

28 - Qx Admitir

29 - Índice de Cobertura Especial

30 - Valor Total (R\$)

31 - Valor Total (R\$)

1 22

40804089

40804097

RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)

RX - Pe ou pododactilo

27 - Quantidade

28 - Qx Admitir

29 - Índice de Cobertura Especial

30 - Valor Total (R\$)

31 - Valor Total (R\$)

1 22

40804089

40804097

RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)

RX - Pe ou pododactilo

27 - Quantidade

28 - Qx Admitir

29 - Índice de Cobertura Especial

30 - Valor Total (R\$)

31 - Valor Total (R\$)

1 22

40804089

40804097

RX - Articulação tibiofemoral (tornozelo)

RX - Pe ou pododactilo

27 - Quantidade

28 - Qx Admitir

29 - Índice de Cobertura Especial

30 - Valor Total (R\$)

31 - Valor Total (R\$)

8325752

PRESCRIÇÃO.: 8294702 DATA: 05/04/2024 15:18
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8325752 DT NASC: 15/01/2014 (10A 2M 20D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 366059 - FRANCISCO MARUTI PENACHIOTTI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/04/2024 13:42 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: LUAN CELSO GONCALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA EM PÉ ESQUERDO HOJE EM JOGO DE FUTEBOL.

EFO: PELE ÍNTEGRA.
SEM EDEMAS.
ADM PRESERVADA,DOLOROSA.
NV PRESERVADO.
FORÇA MUSCULAR PRESERVADA.

PT: SOLICITO RX.

8325752

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM			Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	RX MEM INF PE OU PODODACTILOS		1					
	Justificativa.: TRAUMA							
	Obs.: ESQUERDO							
2	RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA)		1					
	Justificativa.: trauma							
	Obs.: esquerdo							

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

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517



CRM 31.517

PRESCRIÇÃO.: 8294789 DATA: 05/04/2024 15:57
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8325752 DT NASC: 15/01/2014 (10A 2M 20D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 366059 - FRANCISCO MARUTI PENACHIOTTI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/04/2024 13:42 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUAN CELSO GONCALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

RADIOGRAFIA: SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO.

PT: SINTOMÁTICOS, ATESTADO MÉDICO.
ORIENTAÇÕES, RETORNO SE NECESSÁRIO.

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517

Cam
31517

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Giovana Barbosa Montagnoli
Nº da Carteirinha: 11.1.9170
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 20/07/2007

Nº da Guia: 15434

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/02/2024	20:30:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

Aluna em campeonato de futsal no ginásio. Refere torção em inversão de tornozelo em MID durante o jogo. Apresenta dificuldade para deambular, movimentar o membro, edema ++/++++ e algia intensa. Aplicado gelo, arnica, dolomita persistindo os sintomas.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Junior	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Junior	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

Encaminhado para avaliação ortopédica para definir 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: 15.116.763/0004-12
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 15434

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

9 - Data Validade da Sentença

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira

9 - Valor da Carteira

89 - Nome Social

111970

10 - Nome

GIOVANA BARBOSA MONTAGNOLI

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
LUAN CELSO GONCALVES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Numero no Conselho
3151.7

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimento e Exame Solicitado

21 - Código do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
22/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Anamnese
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Valor da Consultoria Especial

28 - Código do Procedimento ou Item Anamnese
10101039

29 - Descrição
Consulta em pronto socorro

30 - Qtd. Sessões

31 - Qtd. Autoriz.

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Registro de Atendimento

37 - Saúde Documental

38 - Qtd. Sessões

39 - Qtd. Autoriz.

Dados do Contratado / Beneficiário

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CHES
9365230

Dados de Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Registro de Atendimento

37 - Saúde Documental

38 - Qtd. Sessões

39 - Qtd. Autoriz.

Dados da Execução / Procedimento e Exame Realizado

30 - Data

37 - Horário

38 - Horário Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. Sessões

43 - Via

44 - Tipo

45 - % Real / Aceite

46 - Valor Urbano (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação para Profissional / Execução

48 - Sent. Ref.

49 - GR / Part.

50 - Código na operadora / CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Medicamentos (R\$)

62 - Total de QPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Profissional / Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LUBKACHESTI

Data: 22/02/2024 10:56:47

Contratado: 8235469

Atendimento: 8235469

Contratado: CLINICA ADVERTENTE - CLAC

8235469

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

2 - Nº Guia no Prestador 15434

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nº Guia Principal
0	
4 - Data de Autorização	5 - Serviço
6 - Data Validade da Guia	7 - Número da Guia Arquivo pelo Operador

8 - Nome do Beneficiário	9 - Valor da Co-Participação	10 - Nome Social	12 - Atendimento a RM
111970			N

GIOVANA BARBOSA MONTAGNOLI

13 - Código da Operadora	14 - Nome da Contratada	15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	LUAN CELSO GONCALVES	06	3151.7	41	225270	

21 - Código de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Anestésico	26 - Descrição	27 - Q-Site	28 - Q-Fator
2	23/02/2024		1 22 40804097 2 22 40804089 3 22 30728134	RX - Pe ou pododactilo RX - Articulacao fibrotarica (tornozelo) Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento incruento		1 0 1 0 1 0	

29 - Nome em Português	30 - Nome em Inglês	31 - Código CBO
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		9365230

32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação do Paciente (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento	36 - Regime de Internamento	37 - Saúde Ocupacional

38 - Data	39 - Hora	40 - Hora	41 - Hora	42 - Data	43 - Hora	44 - Hora	45 - Hora	46 - Hora	47 - Hora

48 - Nome do Profissional	49 - Nome do Profissional	50 - Nome do Profissional	51 - Nome do Profissional	52 - Nome do Profissional	53 - Nome do Profissional	54 - Nome	55 - Nome

56 - Data de Realização do Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

823.546,9



Atendimento:	8235469	Pedido:	2919791	Ac. Number:	3657122
Registro / Nome:	GIOVANA BARBOSA MONTAGNOLI				
Data de Nascimento:	20/07/2007	Idade:	16 anos, 7 meses e 2 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	22/02/2024 20:36:00			Laudado:	29/02/2024 15:47:42
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	LUAN CELSO GONCALVES R				

RX - PÉ DIREITO (AP/OBLIQUO)

Estrutura óssea conservada.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

Não se observam fraturas desviadas ao método.

R JULIANA POLLA REINHEIMER

CRM- 52347

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento:	8235469	Pedido:	2919791	Ac. Number:	3657123
Registro / Nome:	GIOVANA BARBOSA MONTAGNOLI				
Data de Nascimento:	20/07/2007	Idade:	16 anos, 7 meses e 2 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	22/02/2024 20:36:00			Laudado:	29/02/2024 15:47:21
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	LUAN CELSO GONCALVES R				

RX - TORNOZELO DIREITO (AP/PERFIL)

Estrutura óssea conservada.
Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.
Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.
Não se observam fraturas desviadas ao método.

R JULIANA POLLA REINHEIMER

CRM- 52347

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 8174290 DATA: 22/02/2024 20:35
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8235469 DT NASC: 20/07/2007 (16A 7M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 539293 - GIOVANA BARBOSA MONTAGNOLI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/02/2024 19:54 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUAN CELSO GONCALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE VEM EM CONSULTA COM QUEIXA DE DOR EM MALEOLO LATERAL DIREITO HÁ 1 DIA APÓS ENTORSE NA ESCOLA

EFO
PELE INTEGRAL
EDEMA DISCRETA EM TORNOZELO DIREITO
ADM LIMITADA A DOR
DOR A PALPAÇÃO EM MALEOLO LATERAL

PT
RX
REAVALIO

8235469

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: trauma Obs.: direito	1						
2 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: dor Obs.: direito	1						

VISITA HOSPITALAR

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

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

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517



GIOVANA BARBOSA MONTENEGRO, I
Dt. NASC: 20/07/2007 Sx: F
Pront: 539293 Dt: 22/02/2024
CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLINIC



AXA DE SALV

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
Abocath nº		Compr. de gase 7,5 x 7,5 (setor) - un	Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº		
Água Oxigenada - ml		Compr. de gase tipo queijo (45cm)	Estensiofix 20 c n		Sonda Foley/2 vias nº		
Agulha descartável 25x7		Comp. Jirúrgica estéril	Polifix Padrão		Sonda Foley/3 vias nº		
Agulha descartável 40x12		Cateter Central	PVPi degemarte		Sonda Uretral nº		
Alcool Iodado - ml		Dreno de Tórax nº	PVPi tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº		
Atadura algodão ortopédica 10cm		Eletrodo desc. de pape l- unidade	Clorexedina Alcoolica		Sonda Nasoenteral		
Atadura algodão ortopédica 20cm		Equipo Macroplas	Seringa descartável 5/30ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado		
Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Equipo Bomba	Seringa Descartável 5/50ml		Coletor Sistema Aberto		
Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo BIC Foto	Seringa Descartável 5/10ml		Tala de Alumínio P () M () G ()		
Atadura gessada 10cm		Escalpe nº	Seringa Descartável 5/20ml		Cateter Tipo Óculos		
Atadura gessada 20cm		Fio Catgut simples nº	Seringa Descartável 5/60 ml		Xylocaina gel		
Benzina - ml		Fio Mononylon nº	Seringa Insulina				
Bolsa de colostomia descartável		Lâmina de bisturi nº	Lanceta				
Cadafço - 100cm		Lâmina p/ tricotomia					
Cânula end. S/balão nº		Malha Tubular nº _____ cm					
Cânula end. C/balão nº							
PROCEDIMENTOS							
Aplicação EV	Drenagem torácica	Oxigênio: Início: _____ Fim: _____	Sondagem vesical de alívio				
Aplicação IM	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

Repor material necessário para a vida.

Assinatura: _____

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gustavo Leal Macedo
Nº da Carteira: 4.31.5497
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 17/11/2008

Nº da Guia: 16028

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/03/2024	13:59:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

Aluno torceu o joelho enquanto jogava futebol na educação física.

Testemunha da ocorrência

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Telefone

(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Data

15/03/2024

Local de atendimento

HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá

Endereço

Av. Independência

Nº

93

Bairro

Zona 04

Telefone

(44) 3032-1818
(44) 3220-6166

Observações

Aluno foi atendido pelo coordenador disciplinar que forneceu gelo e gelol. Foi feito o contato com o responsável.

Ass.:

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 16028

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validada da Série

7 - Número da Guia Alinhado pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Guia Nacional de Saúde

12 - Assinatura a RSC

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Anestésico

26 - Descrição

27 - Cx. Sobr.

28 - Cx. Autoriz.

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CBO

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação da Atividade (paciente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Nº. Início

38 - Nº. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Dose

43 - Via

44 - Taxa

45 - % Red. / Assoc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Situação

49 - Gr. Part.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPU (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Assinatura do Responsável pela Autorização

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Total de Medicamentos (R\$)

67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

72 - Assinatura do Contratado

73 - Assinatura do Contratado

74 - Assinatura do Contratado

75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Contratado

77 - Assinatura do Contratado

78 - Assinatura do Contratado

79 - Assinatura do Contratado

80 - Assinatura do Contratado

81 - Assinatura do Contratado

82 - Assinatura do Contratado

83 - Assinatura do Contratado

84 - Assinatura do Contratado

85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Contratado

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Contratado

91 - Assinatura do Contratado

92 - Assinatura do Contratado

93 - Assinatura do Contratado

94 - Assinatura do Contratado

95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Contratado

97 - Assinatura do Contratado

98 - Assinatura do Contratado

99 - Assinatura do Contratado

100 - Assinatura do Contratado

101 - Assinatura do Contratado

102 - Assinatura do Contratado

103 - Assinatura do Contratado

104 - Assinatura do Contratado

105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Contratado

107 - Assinatura do Contratado

108 - Assinatura do Contratado

109 - Assinatura do Contratado

110 - Assinatura do Contratado

111 - Assinatura do Contratado

112 - Assinatura do Contratado

113 - Assinatura do Contratado

114 - Assinatura do Contratado

115 - Assinatura do Contratado

116 - Assinatura do Contratado

117 - Assinatura do Contratado

118 - Assinatura do Contratado

119 - Assinatura do Contratado

120 - Assinatura do Contratado

121 - Assinatura do Contratado

122 - Assinatura do Contratado

123 - Assinatura do Contratado

124 - Assinatura do Contratado

125 - Assinatura do Contratado

126 - Assinatura do Contratado

127 - Assinatura do Contratado

128 - Assinatura do Contratado

129 - Assinatura do Contratado

130 - Assinatura do Contratado

131 - Assinatura do Contratado

132 - Assinatura do Contratado

133 - Assinatura do Contratado

134 - Assinatura do Contratado

135 - Assinatura do Contratado

136 - Assinatura do Contratado

137 - Assinatura do Contratado

138 - Assinatura do Contratado

139 - Assinatura do Contratado

140 - Assinatura do Contratado

141 - Assinatura do Contratado

142 - Assinatura do Contratado

143 - Assinatura do Contratado

144 - Assinatura do Contratado

145 - Assinatura do Contratado

146 - Assinatura do Contratado

147 - Assinatura do Contratado

148 - Assinatura do Contratado

149 - Assinatura do Contratado

150 - Assinatura do Contratado

151 - Assinatura do Contratado

152 - Assinatura do Contratado

153 - Assinatura do Contratado

154 - Assinatura do Contratado

155 - Assinatura do Contratado

156 - Assinatura do Contratado

157 - Assinatura do Contratado

158 - Assinatura do Contratado

159 - Assinatura do Contratado

160 - Assinatura do Contratado

161 - Assinatura do Contratado

162 - Assinatura do Contratado

163 - Assinatura do Contratado

164 - Assinatura do Contratado

165 - Assinatura do Contratado

166 - Assinatura do Contratado

167 - Assinatura do Contratado

168 - Assinatura do Contratado

169 - Assinatura do Contratado

170 - Assinatura do Contratado

171 - Assinatura do Contratado

172 - Assinatura do Contratado

173 - Assinatura do Contratado

174 - Assinatura do Contratado

175 - Assinatura do Contratado

176 - Assinatura do Contratado

177 - Assinatura do Contratado

178 - Assinatura do Contratado

179 - Assinatura do Contratado

180 - Assinatura do Contratado

181 - Assinatura do Contratado

182 - Assinatura do Contratado

183 - Assinatura do Contratado

184 - Assinatura do Contratado

185 - Assinatura do Contratado

186 - Assinatura do Contratado

187 - Assinatura do Contratado

188 - Assinatura do Contratado

189 - Assinatura do Contratado

190 - Assinatura do Contratado

191 - Assinatura do Contratado

192 - Assinatura do Contratado

193 - Assinatura do Contratado

194 - Assinatura do Contratado

195 - Assinatura do Contratado

196 - Assinatura do Contratado

197 - Assinatura do Contratado

198 - Assinatura do Contratado

199 - Assinatura do Contratado

200 - Assinatura do Contratado

201 - Assinatura do Contratado

202 - Assinatura do Contratado

203 - Assinatura do Contratado

204 - Assinatura do Contratado

205 - Assinatura do Contratado

206 - Assinatura do Contratado

207 - Assinatura do Contratado

208 - Assinatura do Contratado

209 - Assinatura do Contratado

210 - Assinatura do Contratado

211 - Assinatura do Contratado

212 - Assinatura do Contratado

213 - Assinatura do Contratado

214 - Assinatura do Contratado

215 - Assinatura do Contratado

216 - Assinatura do Contratado

217 - Assinatura do Contratado

218 - Assinatura do Contratado

219 - Assinatura do Contratado

220 - Assinatura do Contratado

221 - Assinatura do Contratado

222 - Assinatura do Contratado

223 - Assinatura do Contratado

224 - Assinatura do Contratado

225 - Assinatura do Contratado

226 - Assinatura do Contratado

227 - Assinatura do Contratado

228 - Assinatura do Contratado

229 - Assinatura do Contratado

230 - Assinatura do Contratado

231 - Assinatura do Contratado

232 - Assinatura do Contratado

233 - Assinatura do Contratado

234 - Assinatura do Contratado

235 - Assinatura do Contratado

236 - Assinatura do Contratado

237 - Assinatura do Contratado

238 - Assinatura do Contratado

239 - Assinatura do Contratado

240 - Assinatura do Contratado

241 - Assinatura do Contratado

242 - Assinatura do Contratado

243 - Assinatura do Contratado

244 - Assinatura do Contratado

245 - Assinatura do Contratado

246 - Assinatura do Contratado

247 - Assinatura do Contratado

248 - Assinatura do Contratado

249 - Assinatura do Contratado

250 - Assinatura do Contratado

251 - Assinatura do Contratado

252 - Assinatura do Contratado

253 - Assinatura do Contratado

254 - Assinatura do Contratado

255 - Assinatura do Contratado

256 - Assinatura do Contratado

257 - Assinatura do Contratado

258 - Assinatura do Contratado

259 - Assinatura do Contratado

260 - Assinatura do Contratado

261 - Assinatura do Contratado

262 - Assinatura do Contratado

263 - Assinatura do Contratado

264 - Assinatura do Contratado

265 - Assinatura do Contratado

266 - Assinatura do Contratado

267 - Assinatura do Contratado

268 - Assinatura do Contratado

269 - Assinatura do Contratado

270 - Assinatura do Contratado

271 - Assinatura do Contratado

272 - Assinatura do Contratado

273 - Assinatura do Contratado

274 - Assinatura do Contratado

275 - Assinatura do Contratado

276 - Assinatura do Contratado

277 - Assinatura do Contratado

278 - Assinatura do Contratado

279 - Assinatura do Contratado

280 - Assinatura do Contratado

281 - Assinatura do Contratado

282 - Assinatura do Contratado

283 - Assinatura do Contratado

284 - Assinatura do Contratado

285 - Assinatura do Contratado

286 - Assinatura do Contratado

287 - Assinatura do Contratado

288 - Assinatura do Contratado

289 - Assinatura do Contratado

290 - Assinatura do Contratado

291 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador 8282318

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - N. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sertha

6 - Data Validada da Sertha

7 - Número da Guia Anulada pelo Operadora

8 - Número da Carteira
437069458

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
GUSTAVO LEAL MACEDO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RH
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
RAFAEL HOBOLD HIDALGO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número do Conselho
43100

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Rafael Hobold Hidalgo

21 - Contar do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
18/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1	22	40804054	EX - Joelho	27 - O Solic.	28 - Q. Autoriz.
2	22	30730163	Lesão ligamentar aguda - tratamento conservador	1	0

Dados do Contratado

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 Acidente (lesão ou doença relacionada)

34 - Tipo da Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Função / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Data

43 - Via

44 - Tm

45 - % Real / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (do) Profissional(s) Executante(s)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operação/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



Atendimento:	8282318	Pedido:	2934071	Ac. Number:	3675380
Registro / Nome:	GUSTAVO LEAL MACEDO				
Data de Nascimento:	17/11/2008	Idade:	15 anos, 3 meses e 28 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	15/03/2024 16:37:00			Laudado:	18/03/2024
					08:31:26
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	LUAN CELSO GONCALVES R				

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas normais.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8234976 DATA: 15/03/2024 16:43
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8282318 DT NASC: 17/11/2008 (15A 3M 28D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 627828 - GUSTAVO LEAL MACEDO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/03/2024 16:05 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURAS OU LUXAÇÕES

DISTENSÃO LIGAMENTAR

CD;
- ORIENTAÇÕES
- ANALGESIA
- RETORNO
- ATESTADO

8282318

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 JOELHO, LESAO LIGAMENTAR AGUDA - INCRUENTO	1					[15/03] . 16:43

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517

PRESCRIÇÃO.: 8234961 DATA: 15/03/2024 16:36
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8282318 DT NASC: 17/11/2008 (15A 3M 28D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 627828 - GUSTAVO LEAL MACEDO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/03/2024 16:05 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENTORSE JOELHO ESQUERDO HOJE JOGANDO FUTEBOL

ADM COMPLETA POREM DOLOROSA
NEUROVASCULAR OK
SEM SINAIS DE DERRAME ARTICULAR OU INSTABILIDADE

CD:
- RX

8282318

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

Justificativa.: ESQ

VISITA HOSPITALAR

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

RX
EXAME REALIZADO

DATA: / /
HORÁRIO: :
TÉCNICO:

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM-PR: 31.517 / 1508
PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517



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

2 - Nº Guia no Prestador 8288323

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Válida da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
114100559

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
HELAINÉ REGINA SANTOS SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTÃO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
35946

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados do Atendimento

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
19/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

Danielle H. Gruber
Otopedista
CRM/R 45480 RQE 34.133

27 - Q1-S4K
1

28 - Q1-A0K
0

Dados do Contratado Especialista

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (incluindo ou excluindo
relacionados)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cuid. 43 - Vis. 44 - Tot.

45 - % Real / Atenc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Prestador(a) Especialista

48 - Sembr

49 - GI Part

50 - Código na Operadora/CNP

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data da Realização do Procedimento em Sembr

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

59 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

60 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

61 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

62 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

63 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

64 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

65 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

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

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Manutenção (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Materiais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

68 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

Impresso por: ERASMO CONCEIÇÃO

Data: 19/03/2024 10:30:53

CNPES: 6298323

Atendimento: 6298323

Contrato: INSP ADVERTIS/PAAP

8288323



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

2 - Nº Guia no Prestador 8288323

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autuação

5 - Sessão

6 - Data Válida da Sessão

7 - Número do Guia Alçado para Ocorrência

8 - Nome do Cursista
114100559

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
HELAINÉ REGINA SANTOS SILVA

11 - Número do Guia Nacional de Saúde

12 - Alinhamento a RN
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Ocorrência
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
35946

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

CRM 45480

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Código do Atendimento
2

22 - Data de Solicitação
20/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
22
25 - Código do Procedimento ou Item Anamnese
40804097

26 - Ex ou pododactilo

27 - Qtd Sdx
1

28 - Qtd Autiz
0

HELAINÉ REGINA SANTOS SILVA
Dt. Nasc.: 14/04/2005 Sx: F
Pront.: 628163 Dt: 19/03/2024
INST. ADVENTISTA-IMP / COLÉGIO ADVE

8288323



Dados do Contrato Especial

29 - Código da Operação
23876304000112

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

31 - Código CIES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Acidentes (Acidentes ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encerramento do Atendimento

Dados de Encargos / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
37 - 1ª Sessão
38 - 2ª Sessão
39 - 3ª Sessão
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Qtd
43 - Via
44 - Tdc

45 - % Rec / Anest. / 00 - 0/000 Unidário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (Nome, Profissão, Especialidade)

48 - Inst. Ref.

49 - Cx. Plan.

50 - Código na operação C.F.P.

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

61 - Código CBO

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

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

60 - Observações / Justificativas

62 - Total de Procedimentos (R\$)

63 - Total de Taxas de Material (R\$)

64 - Total de Taxas de Material (R\$)

65 - Total de OPR (R\$)

66 - Total de Medicamentos (R\$)

67 - Total de Exames Laboratoriais (R\$)

68 - Total Geral (R\$)

69 - Assinatura do Responsável pela Autuação

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Imprimir por: C.F.SILVA

Data: 20/03/2024 09:45:30

Cópias: 0280223

Assinatura: 0280223

Contato: INST. ADVENTISTA-IMP

8288323



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

RX - PÉ DIREITO

- Fratura da falange proximal do 5º pododáctilo.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

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

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

1ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

CD
RX
REAValiação APOS

8288323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

VISITA HOSPITALAR

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



DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

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

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

1ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX COM FRATURA 5º PODODACTILO À DIREITA

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

8288323

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 ALTA MELHORADA							

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 16/06/2007

Nº da Guia: 16641

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

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

Descrição

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

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto	(51) 98270-3529

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

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

Observações

Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

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

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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

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

000000		3 - Nr. Guia Própria		4 - Data de Autorização		5 - Semia		6 - Data Válida da Semia		7 - Número da Guia Emitido pela Operadora	
000000											
1119039		9 - Nome do Beneficiário		10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN			
1119039		ISABELA RODRIGUES ERCOLIN		ISABELA RODRIGUES ERCOLIN				N			
Dados do Beneficiário											
13 - Código da Operadora				14 - Nome do Contratado							
23876304000112				HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A							
15 - Nome do Profissional Solicitante				16 - Conselho Profissional				17 - Número no Conselho			
DANIELLE HORING GRUBERT				06				45480			
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica							
2		08/04/2024									
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição							
1		10101039		Consulta em pronto socorro							
27 - Qtd Solic.		28 - Qtd Atende									
1		0									
Dados do Contratado											
29 - Código na Operadora				30 - Nome do Contratado							
23876304000112				HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A							
Dados do Atendimento											
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Atendimento (excluído ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Exatidão do Procedimento					
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data		37 - H. Inicial		38 - H. Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtda		43 - Via		44 - Tds		45 - % Real / Atende		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Validação e Assinaturas											
48 - Dec. Pol.		49 - Cr. Pol.		50 - Código na Operação/CPF		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
Assinaturas e Rubricas											
54 - Assinatura do Responsável pela Autorização		55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		57 - Assinatura do Contratado		58 - Assinatura do Profissional Solicitante		59 - Assinatura do Contratado	
Total e Outros											
60 - Total Procedimentos (R\$)		61 - Total Taxas e Autógrafos (R\$)		62 - Total de CPNLE (R\$)		63 - Total de Descontos (R\$)		64 - Total Outros (R\$)		65 - Total Geral (R\$)	
Assinaturas e Rubricas											
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
Assinaturas e Rubricas											
72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
Assinaturas e Rubricas											
78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
Assinaturas e Rubricas											
84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
Assinaturas e Rubricas											
90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
Assinaturas e Rubricas											
96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		101 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
Assinaturas e Rubricas											
102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		103 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		104 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		105 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		106 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		107 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
Assinaturas e Rubricas											
108 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		109 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		110 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		111 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		112 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		113 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
Assinaturas e Rubricas											
114 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		115 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		116 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		117 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		118 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		119 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
Assinaturas e Rubricas											
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 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		125 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
Assinaturas e Rubricas											
126 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		127 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		128 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		129 - Assinatura					



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

2 - Nº Guia no Prestador 16641

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0000000

3 - Nº Guia Privada

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Vencida da Série

7 - Número da Guia Atrelado pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ISABELA RODRIGUES ERCOLIN

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura a RN
N

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

DANIELLE HORING GRUBERT

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

45480

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

09/04/2024

22 - Indicação Clínica

2

23 - Indicação

24 - Código do Procedimento ou Item Anestésico

40804097

25 - Descrição

RX - Rx ou pododactilto

26 - Qtd. Sessão

1

27 - Qtd. Anestez.

0

28 - Código na Operadora

23876304000112

29 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

30 - Código CBO

9365230

31 - Tipo de Atendimento

32 - Indicação de Atividade (resistente ou doença relapsante)

33 - Tipo de Consulta

34 - Método de Envolvimento do Atendimento

35 - Data

36 - Hora Inicial

37 - Hora Final

38 - Tabela

39 - Código do Procedimento

40 - Descrição

41 - Data

42 - Qtd. Sessão

43 - Valor

44 - Tabela

45 - % Desc. / Anestez.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Observação / Justificativa

49 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

50 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

51 - Total de Tópicos e Anexos (R\$)

52 - Total de Tópicos e Anexos (R\$)

53 - Assinatura do Responsável pela Autorização

54 - Total de Tópicos e Anexos (R\$)

55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: KOBRA/VA

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

Operador: R330877

Assinatura: R330877

Contrato: INST ADVERTIS/FA-140

83.30677



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

RX - PÉ ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

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

1ª VIA

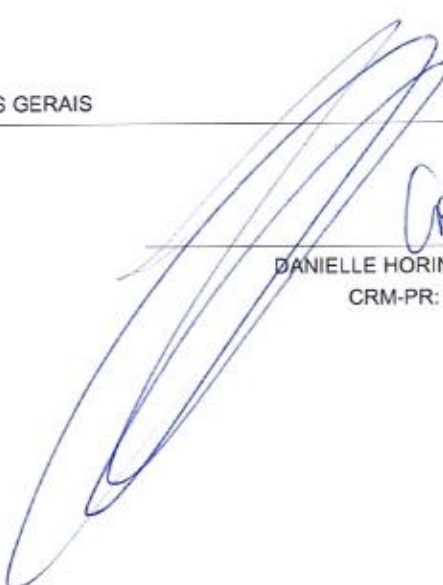
Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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


DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luan Matheus Costa Santos
Nº da Carteira: 11.4.100960
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 14/04/2005

Nº da Guia: 16173



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/03/2024	20:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

Aluno estava participando de jogo de futsal como goleiro quando o mesmo foi defender uma bola, que acabou batendo no 5º dedo da mão esquerda. Aluno refere dorsiflexão do, apresentando som de crepitação/ estalo (SIC). Relata ter sentido dor no momento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gabriella Bomfim	(41) 99735-7383

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfa Joserlania	21/03/2024

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

Observações

Apresenta edema e equimose em 5º dedo da mão esquerda e dificuldade para movimentar. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Ass.: _____

Joserlania Ramos Pazette Fagundes

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link:
<https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 16173

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data Vencimento da Serviço

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora

8 - Número da Carteira
114100960

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a PDI
N

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - UF
41

16 - Código CBO
225225

17 - Assinatura do Profissional Solicitante

18 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES

19 - Carteira Profissional
06

20 - Número da Carteira
35916

21 - Assinatura do Profissional Solicitante

22 - Data da Solicitação
22/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - CI SOLT

25 - CI AUTIZ

26 - Data
1

27 - Data da Solicitação
22

28 - Data da Solicitação
10101039

29 - Descrição
Consulta em pronto socorro

30 - Data
22

31 - Data
10101039

32 - Data
10101039

33 - Data
10101039

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

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

36 - Código CNEB
9365230

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

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

39 - Código CNEB
9365230

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

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

42 - Código CNEB
9365230

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

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

45 - Código CNEB
9365230

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

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

48 - Código CNEB
9365230

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

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

51 - Código CNEB
9365230

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

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

54 - Código CNEB
9365230

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

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

57 - Código CNEB
9365230

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

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

60 - Código CNEB
9365230

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

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

63 - Código CNEB
9365230

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

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

66 - Código CNEB
9365230

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

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

69 - Código CNEB
9365230

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

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

72 - Código CNEB
9365230

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

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

75 - Código CNEB
9365230

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

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

78 - Código CNEB
9365230

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

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

81 - Código CNEB
9365230

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 da Operadora
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 Contratado
31 - Código CBO/ES

32 - Tipo de 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 de Realização do Procedimento em Série
49 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

50 - Total Procedimentos (R\$)
51 - Total Taxas de Manuseio (R\$)
52 - Total de CPME (R\$)
53 - Total de Medicamento (R\$)
54 - Total Gastos Médicos (R\$)
55 - Total Geral (R\$)

56 - Assinatura do Responsável pela Autorização
57 - Assinatura do Profissional ou Responsável
58 - Assinatura do Contratado

59 - Total Taxas de Manuseio (R\$)
60 - Total de CPME (R\$)
61 - Total de Medicamento (R\$)
62 - Total Gastos Médicos (R\$)
63 - Total Geral (R\$)

64 - Assinatura do Contratado
65 - Assinatura do Contratado

66 - Assinatura do Contratado
67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Contratado
69 - Assinatura do Contratado

8295621



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

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



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

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
COBERTURA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

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

8295621

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários	
3	C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[22/03]	11:07	11:40 Eleni
	-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA						
4	C.C. DECADRON 4MG/ML, AMPOLA 2,5ML, (IM, EV)	1	FR 2,5ML		EV	AGORA	[22/03]	11:07	11:40 Eleni
5	C.C. TORADOL 30MG/1ML , AMP 1ML (EV, IM)	1	AMPOLA		EV	AGORA	[22/03]	11:07	11:40 Eleni
	-> AGULHA DESC 40 X 12	1	UNIDADE						
	-> SERINGA DESC S/AGULHA 20ML BICO LISO	1	UNIDADE						
	-> SORO FISIOLOGICO 0,9% SOL NEB 10ML FR5	2	FRASCO						

LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO
CRM-PR: 23055

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

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

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERE TRAUMA EM MÃO ESQUERDA HA 1 DIA

EF:
PELE INTEGRAL
ADM LIMITADA PELA DOR
NEUROVASCULAR PRESERVADA

PT:
RX

8295621

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

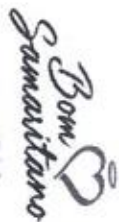
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	2						
Justificativa.: ESQ (500000)							
Obs.: AP + PERFIL + OB							

VISITA HOSPITALAR

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



LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO
CRM-PR: 23055



LUAN PATRICK COSTA SANTOS
Pront. 620487 Suo. 11
Dl. Alameda 22/03/2024 / COLÉGIO ADV
INST. ADVENTISTA-IMP / COLÉGIO ADV
PRONTO SOCORRO CARDIOLOGIA
8295621 114109960

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº	Compr. de gaze 7.5 X 7.5 (setor) - un	Luva estéril nº	Sonda Aspiração nº			
	Água Oxigenada - ml	Compr. de gaze tipo queijo (45cm)	Estensoftx 20 cm	Sonda Foley2 vias nº			
	Agulha descartável 25x7	Comp. Cirúrgica estéril	Polifix Padrao	Sonda Foley3 vias nº			
1 + 2	Agulha 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	Seringa descartável s/ag3ml	Bolsa Coletora Sistema Fechado			
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm	Equipo Bomba	Seringa Descartável s/ag5ml	Coletor Sistema Aberto			
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm	Equipo BIC Foto	Seringa Descartável s/ag10ml	Tala de Alumínio P () M () G ()			
	Atadura gessada 10cm	Escalpe nº 23	Seringa Descartável s/ag20ml	Cateter Tipo Óculos			
	Atadura gessada 20cm	Fio Catgut simples nº	Seringa Descartável s/ag60 ml	Xylocaina gel			
	Benzina - ml	Fio Mononylon nº	Seringa Insulina				
	Bolsa de colostomia descartável	Lâmina de bisturi nº	Lanceta				
	Cadargo - 100cm	Lâmina pl tricotomia					
	Cânula end. S/balão nº	Malha Tubular nº cm					
	Cânula end. C/balão nº						
PROCEDIMENTOS							
Aplicação EV X	Drenagem torácica	Oxigênio: Início: ; Fim: ;	Sondagem vesical de alívio				
Aplicação IM	Eletrcardiograma	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora				
Aspiração	Glicemia Capilar	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica				
Cardioversão elétrica	Ventilação Mecânica: Início: ; Fim: ;	Punção Lombar	Traqueostomia				
Curativo P () M () G ()	Monitorização Cardíaca: Início: ; Fim: ;	Punção Venosa - Adulto	Verificação de sinais vitais				
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM							
HORA	PA	P	T	R	SAT	DOR	
						03 11:40 DT referi trauma em mão esquerda	
						Verificado s/s de RX medicação CPB	
						Seguindo em alta após	

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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

Data de Nascimento: 22/06/2008

Nº da Guia: 16639



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

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

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

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto	(51) 98270-3529

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

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

Observações

Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

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

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 16639

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

3 - Nr. Guia Principal

6 - Data Validade da Servico

7 - Numero da Guia Atribuido pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

11113307

LUIS RENATO CROCIETA

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operação

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Numero no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

23876304000112

DANIELLE HORING GRUBERT

06

45480

41

225270

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Realizados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

09/04/2024

24 - Taboleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

1

22

40804062

RX - Pacote

Dados do Contratado / Estabelecimento

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atividade (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Inicial

38 - Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

Assinatura do(a) Profissional (Assinatura)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPE

51 - Nome do Profissional

56 - Data de Realização de Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Observação / Justificativa

58 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Gases (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: KIBBS, VA

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

Contato: 0330671

Assinatura: KIBBS, VA

Contato: INST ADVERTISIA, LOP

8330671



1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal												
4 - Data de Autorização	5 - Serião												
Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 11113307	9 - Validade da Carteira	10 - Nome LUIS RENATO CROCETA	6 - Data Validade da Serião						7 - Número da Guia Retulada pela Operadora	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante DANIELLE HORING GRUBERT	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45480	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante				
Dados de Solicitação / Prescrição e Exame Indicação		21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/04/2024	23 - Indicação Clínica									
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Serviço 10102019	26 - Descrição Visita hospitalar (paciente internado)	27 - Q1 Solic 1	28 - Q2 Autoriz 0								
Dados do Contratado Especialista													
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CIES 9365230									
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação do Atendimento (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento								
Dados de Execução / Procedimento e Exames Realizados													
36 - Data 30		37 - Pt. Inicial 37	38 - Pt. Final 38	39 - Tabela 40	41 - Descrição		42 - Q1m 43	44 - Via 44	45 - Q1m / Q2m / Q3m 46	47 - Valor Total (R\$)			
Identificação do Paciente													
Dt. Nascimento 01/08/2008		Sexo M		Nome do Profissional LUIS RENATO CROCETA		Nome do Paciente LUIS RENATO CROCETA		Nome do Paciente LUIS RENATO CROCETA		Nome do Paciente LUIS RENATO CROCETA		Nome do Paciente LUIS RENATO CROCETA	
Pront. 629916		Dt. 08/04/2024		Inst. ADVENTISTA-IAE / COLÉGIO NOVEN		Inst. ADVENTISTA-IAE / COLÉGIO NOVEN		Inst. ADVENTISTA-IAE / COLÉGIO NOVEN		Inst. ADVENTISTA-IAE / COLÉGIO NOVEN		Inst. ADVENTISTA-IAE / COLÉGIO NOVEN	
8330671		8330671		8330671		8330671		8330671		8330671		8330671	
56 - Data de Realização do Procedimento em curso													
1 -		2 -		3 -		4 -		5 -		6 -		7 -	
8 -		9 -		10 -		11 -		12 -		13 -		14 -	
58 - Observação / Justificativa													
59 - Total Procedimento (R\$)													
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)													
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)													
62 - Total de OPUe (R\$)													
63 - Total de Medicamentos (R\$)													
64 - Total Gases Medicinais (R\$)													
65 - Total Gens (R\$)													
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização													
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável													
68 - Assinatura do Contratado													
Impresso por: NSUNICES													
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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 16088

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS		3 - Nr. Guia Fiscal		5 - Data Válidade da Guia		7 - Número da Guia Atendido pelo Operadora	
0							
4 - Data de Autorização				6 - Data Válidade da Guia			
6 - Nome do Beneficiário				9 - Nome Social			
4315091							
10 - Nome				12 - Alimentação a RN			
MARIA LYDIA BOZELLI CELORIA				N			
13 - Código da Operadora				14 - Nome do Contratado			
23876304000112				HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
15 - Nome do Profissional Solicitante				16 - Número no Conselho			
AMANDA SIMAO VIGO				43057			
17 - Número no Conselho				18 - UF			
				41			
19 - Código CBO				20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
06							
21 - Caráter do Atendimento				22 - Data da Solicitação			
2				19/03/2024			
23 - Indicação Clínica				24 - Tipo de Consulta			
				25 - Descrição			
26 - Tabela				27 - Código do Procedimento ou			
22				101039			
28 - Descrição				29 - Tipo de Consulta			
1				22			
30 - Indicação de Atendimento				31 - Tipo de Consulta			
101039				Consulta em Pronto Socorro			
32 - Data				33 - Data de Realização			
37 - 19 - 03 - 2024				38 - 19 - 03 - 2024			
39 - 19 - 03 - 2024				40 - 19 - 03 - 2024			
41 - Descrição				42 - Data de Realização			
				43 - Data de Realização			
44 - Data de Realização				45 - Data de Realização			
46 - Data de Realização				47 - Data de Realização			
48 - Data de Realização				49 - Data de Realização			
50 - Data de Realização				51 - Data de Realização			
52 - Data de Realização				53 - Data de Realização			
54 - Data de Realização				55 - Data de Realização			
56 - Data de Realização				57 - Data de Realização			
58 - Data de Realização				59 - Data de Realização			
60 - Data de Realização				61 - Data de Realização			
62 - Data de Realização				63 - Data de Realização			
64 - Data de Realização				65 - Data de Realização			
66 - Data de Realização				67 - Data de Realização			
68 - Data de Realização				69 - Data de Realização			
70 - Data de Realização				71 - Data de Realização			
72 - Data de Realização				73 - Data de Realização			
74 - Data de Realização				75 - Data de Realização			
76 - Data de Realização				77 - Data de Realização			
78 - Data de Realização				79 - Data de Realização			
80 - Data de Realização				81 - Data de Realização			
82 - Data de Realização				83 - Data de Realização			
84 - Data de Realização				85 - Data de Realização			
86 - Data de Realização				87 - Data de Realização			
88 - Data de Realização				89 - Data de Realização			
89 - Data de Realização				90 - Data de Realização			
90 - Data de Realização				91 - Data de Realização			
91 - Data de Realização				92 - Data de Realização			
92 - Data de Realização				93 - Data de Realização			
93 - Data de Realização				94 - Data de Realização			
94 - Data de Realização				95 - Data de Realização			
95 - Data de Realização				96 - Data de Realização			
96 - Data de Realização				97 - Data de Realização			
97 - Data de Realização				98 - Data de Realização			
98 - Data de Realização				99 - Data de Realização			
99 - Data de Realização				100 - Data de Realização			

8289017

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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

Data de Nascimento: 29/07/2003

Nº da Guia: 15307.002



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

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

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

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

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

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

Motivo do Retorno

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

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

Joserlania Ramos Pazette Fagundes

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 743

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

0

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Autorizada pelo Operadora

8 - Nome da Carteira

5128788832

9 - Validade da Carteira

31/12/2024

10 - Nome

MATEUS SILVEIRA XAVIER

11 - Assinatura do Profissional Solicitante

N

12 - Assinatura a RV

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

038877

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Código de Atendimento

22 - Data de Solicitação

27/02/2024

23 - Indicação Clínica

RM JOELHO ESQUERDO

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

RM DE JOELHO (INITIATIVA)



2824035

MATEUS SILVEIRA XAVIER

28/07/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

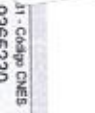
18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024



2824035

MATEUS SILVEIRA XAVIER

28/07/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

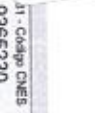
18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024



2824035

MATEUS SILVEIRA XAVIER

28/07/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024

18/11/2024



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

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

MÉTODO

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

ANÁLISE

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

Patela tópica.

Superfícies condrais preservadas.

Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal preservados.

Meniscos lateral e medial sem alterações.

Rotura completa do ligamento cruzado anterior.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais íntegros.

Estruturas tendíneas sem alterações.

Moderado derrame articular.

Fossa poplíteia livre.

Laudado por:

Dr. Gustavo Leme

CRM - PR: 28571

Responsável Técnico: Dr. Renê Keizo Arikawa

RENÊ KEIZO ARIKAWA

CRM- SP: 98744

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 15/07/2006

Nº da Guia: 16259

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

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

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

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

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

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

Observações

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

Adrielly Lima
PRECEPTORA

Ass.: _____

Residencial Feminino

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

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

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 16259

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

2 - Nº Guia Principal

3 - Nome da Clínica
11113379

4 - Data de Autorização

5 - Serviço

6 - Data Validade da Servia

7 - Número de Guia Autorizado pelo Operadora

8 - Nome do Profissional
MYRELLA NUNES DE LIMA COELHO

9 - Número do Cartão Nacional de Saúde

10 - Atendimento a RN
N

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

12 - Código do Operadora
23876304000112

13 - Nome do Profissional
RAFAEL GOSFA NABAS

14 - Número do Conselho Profissional
06

15 - Número no Conselho
44469

16 - UF
41

17 - Código CBO
225225

18 - Assinatura do Profissional Solicitante

19 - Data de Solicitação
26/03/2024

20 - Data de Atendimento
2

21 - Tipo de Atendimento
1

22 - Descrição
Consulta em pronto socorro

23 - Tipo de Atendimento
33

24 - Indicação de Atendimento (incidente ou doença relacionada)

25 - Tipo de Atendimento
34

26 - Motivo de Encerramento do Atendimento

27 - Data
37

28 - Hora
38

29 - Hora
39

30 - Hora
40

31 - Hora
41

32 - Hora
42

33 - Hora
43

34 - Hora
44

35 - Hora
45

36 - Hora
46

37 - Hora
47

38 - Hora
48

39 - Hora
49

40 - Hora
50

41 - Hora
51

42 - Hora
52

43 - Hora
53

44 - Hora
54

45 - Hora
55

46 - Hora
56

47 - Hora
57

48 - Hora
58

49 - Hora
59

50 - Hora
60

51 - Hora
61

52 - Hora
62

53 - Hora
63

54 - Hora
64

55 - Hora
65

56 - Hora
66

57 - Hora
67

58 - Hora
68

59 - Hora
69

60 - Hora
70

61 - Hora
71

62 - Hora
72

63 - Hora
73

64 - Hora
74

65 - Hora
75

66 - Hora
76

67 - Hora
77

68 - Hora
78

69 - Hora
79

70 - Hora
80

71 - Hora
81

72 - Hora
82

73 - Hora
83

74 - Hora
84

75 - Hora
85

76 - Hora
86

77 - Hora
87

78 - Hora
88

79 - Hora
89

80 - Hora
90

81 - Hora
91

82 - Hora
92

83 - Hora
93

84 - Hora
94

85 - Hora
95

86 - Hora
96

87 - Hora
97

88 - Hora
98

89 - Hora
99

90 - Hora
100

91 - Hora
101

92 - Hora
102

93 - Hora
103

94 - Hora
104

95 - Hora
105

96 - Hora
106

97 - Hora
107

98 - Hora
108

99 - Hora
109

100 - Hora
110

101 - Hora
111

102 - Hora
112

103 - Hora
113

104 - Hora
114

105 - Hora
115

106 - Hora
116

107 - Hora
117

108 - Hora
118

109 - Hora
119

110 - Hora
120

111 - Hora
121

112 - Hora
122

113 - Hora
123

114 - Hora
124

115 - Hora
125

116 - Hora
126

117 - Hora
127

118 - Hora
128

119 - Hora
129

120 - Hora
130

121 - Hora
131

122 - Hora
132

123 - Hora
133

124 - Hora
134

125 - Hora
135

126 - Hora
136

127 - Hora
137

128 - Hora
138

129 - Hora
139

130 - Hora
140

131 - Hora
141

132 - Hora
142

133 - Hora
143

134 - Hora
144

135 - Hora
145

136 - Hora
146

137 - Hora
147

138 - Hora
148

139 - Hora
149

140 - Hora
150

141 - Hora
151

142 - Hora
152

143 - Hora
153

144 - Hora
154

145 - Hora
155

146 - Hora
156

147 - Hora
157

148 - Hora
158

149 - Hora
159

150 - Hora
160

151 - Hora
161

152 - Hora
162

153 - Hora
163

154 - Hora
164

155 - Hora
165

156 - Hora
166

157 - Hora
167

158 - Hora
168

159 - Hora
169

160 - Hora
170

161 - Hora
171

162 - Hora
172

163 - Hora
173

164 - Hora
174

165 - Hora
175

166 - Hora
176

167 - Hora
177

168 - Hora
178

169 - Hora
179

170 - Hora
180

171 - Hora
181

172 - Hora
182

173 - Hora
183

174 - Hora
184

175 - Hora
185

176 - Hora
186

177 - Hora
187

178 - Hora
188

179 - Hora
189

180 - Hora
190

181 - Hora
191

182 - Hora
192

183 - Hora
193

184 - Hora
194

185 - Hora
195

186 - Hora
196

187 - Hora
197

188 - Hora
198

189 - Hora
199

190 - Hora
200

191 - Hora
201

192 - Hora
202

193 - Hora
203

194 - Hora
204

195 - Hora
205

196 - Hora
206

197 - Hora
207

198 - Hora
208

199 - Hora
209

200 - Hora
210

201 - Hora
211

202 - Hora
212

203 - Hora
213

204 - Hora
214

205 - Hora
215

206 - Hora
216

207 - Hora
217

208 - Hora
218

209 - Hora
219

210 - Hora
220

211 - Hora
221

212 - Hora
222

213 - Hora
223

214 - Hora
224

215 - Hora
225

216 - Hora
226

217 - Hora
227

218 - Hora
228

219 - Hora
229

220 - Hora
230

221 - Hora
231

222 - Hora
232

223 - Hora
233

224 - Hora
234

225 - Hora
235

226 - Hora
236

227 - Hora
237

228 - Hora
238

229 - Hora
239

230 - Hora
240

231 - Hora
241

232 - Hora
242

233 - Hora
243

234 - Hora
244

235 - Hora
245

236 - Hora
246

237 - Hora
247

238 - Hora
248

239 - Hora
249

240 - Hora
250

241 - Hora
251

242 - Hora
252

243 - Hora
253

244 - Hora
254

245 - Hora
255

246 - Hora
256

247 - Hora
257

248 - Hora
258

249 - Hora
259

250 - Hora
260

251 - Hora
261

252 - Hora
262

253 - Hora
263

254 - Hora
264

255 - Hora
265

256 - Hora
266

257 - Hora
267

258 - Hora
268

259 - Hora
269

260 - Hora
270

261 - Hora
271

262 - Hora
272

263 - Hora
273

264 - Hora
274

265 - Hora
275

266 - Hora
276

267 - Hora
277

268 - Hora
278

269 - Hora
279

270 - Hora
280

271 - Hora
281

272 - Hora
282

273 - Hora
283

274 - Hora
284

275 - Hora
285

276 - Hora
286

277 - Hora
287

278 - Hora
288

279 - Hora
289

280 - Hora
290

281 - Hora
291

282 - Hora
292

283 - Hora
293

284 - Hora
294

285 - Hora
295

286 - Hora
296

287 - Hora
297



Atendimento:	8301186	Pedido:	2940423	Ac. Number:	3683332
Registro / Nome:	MYRELLA NUNES DE LIMA COELHO				
Data de Nascimento:	15/07/2006	Idade:	17 anos, 8 meses e 11 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	26/03/2024 00:38:00			Laudado:	27/03/2024 08:51:19
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID				

RX - PÉ DIREITO (AP/OBLIQUA).

Estrutura óssea conservada.

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

YAN FURQUIM DEPIERI

CRM- 48600

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento:	8301186	Pedido:	2940423	Ac. Number:	3683333
Registro / Nome:	MYRELLA NUNES DE LIMA COELHO				
Data de Nascimento:	15/07/2006	Idade:	17 anos, 8 meses e 11 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	26/03/2024 00:38:00			Laudado:	27/03/2024 08:51:30
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID				

RX - TORNOZELO DIREITO (AP/OBLIQUA).

Estrutura óssea conservada.

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Aumento de volume em partes moles em região de maléolo lateral.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

YAN FURQUIM DEPIERI

CRM- 48600

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 8263669 DATA: 26/03/2024 00:56
USUÁRIO....: NAEMSAID
ATENDIMENTO: 8301186 DT NASC: 15/07/2006 (17A 8M 12D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 628763 - MYRELLA NUNES DE LIMA COELHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/03/2024 00:02 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL COSTA NABAS SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM TORNOZELO APOS QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA ASSOCIADA A ENTORSE DE TORNOZELO. APRESENTA EDEMA IMPORTANTE LOCAL E DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO.

AO EXAME FÍSICO:

PELE ÍNTEGRA, AUSÊNCIA DE EQUIMOSE, AUSÊNCIA DE HEMATO, SEM CREPITAÇÃO A PALPAÇÃO, SEM DEFORMIDADE ANATÔMICA. DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO ARTICULAR E MALEOLAR. GAVETA ANTERIOR E ESTRESS DE LATERALIZAÇÃO COM DOR IMPORTANTE

HD\ LESÃO DE PARTES MOLES - LIGAMENTAR.

PLANO TERAPÊUTICO:

- ORIENTAÇÕES AO PACIENTE QUANTO A GRAVIDADE E AOS CUIDADOS A SEREM TOMADOS.
- ANALGESIA, RECEITA, IMOBILIZAÇÃO
- RETORNO AMBULATORIAL
- FORNEÇO ATESTADO
- A DISPOSIÇÃO

8301186

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3	C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[26/03]
	-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA				
4	C.C. TORADOL 30MG/1ML , AMP 1ML (EV, IM)	1	AMPOLA		EV	AGORA	[26/03]
	-> AGULHA DESC 40 X 12	1	UNIDADE				
	-> SERINGA DESC S/AGULHA 20ML BICO LISO	1	UNIDADE				
	-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% SOL NEB 10ML FRS	2	FRASCO				

NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 038877

PRESCRIÇÃO.: 8263651 DATA: 26/03/2024 00:37
USUÁRIO....: NAEMSAID
ATENDIMENTO: 8301186 DT NASC: 15/07/2006 (17A 8M 12D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 628763 - MYRELLA NUNES DE LIMA COELHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/03/2024 00:02 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: RAFAEL COSTA NABAS SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

8301186

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: D	1						
2 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: D	1						

NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 038877

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

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		8301186			
	Água Oxigenada – ml	Compr. de gase 7.5 x 7.5 (setor) - un		Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº
	Agulha descartável 25x7	Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Estensiofix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº
	Agulha descartável 40x12	Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias nº
2	Alcool Iodado – ml	Cateter Central		PVPI degermante		Sonda Uretral nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm	Dreno de Tórax nº		PVPI tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 20cm	Eletrodo desc. de pape l- unidade		Clorexedina Alcoólica		Sonda Nasoenteral
4	Atadura crepom (PS/CC) 10cm	Equipo Macrogolias		Seringa descartável s/ ag3ml		Fólsa Coletora Sistema Fechado
4	Atadura crepom (PS/CC) 20cm	Equipo Bomba		Seringa Descartável s/ ag5ml		Coletor Sistema Aberto
4	Atadura gessada 10cm	Equipo BIC Foto		Seringa Descartável s/ ag10ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 20cm	Escalpe nº 24		Seringa Descartável s/ ag20ml		Cateter Tipo Óculos
	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
Pediatra
15420 - Exame em RN

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de autorização
15/4/20

5 - Série
15420

6 - Data Validação da Série

7 - Número da Guia Attribuído pelo Operador

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
4314847

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
SAMUEL BRITO KOENEN

11 - Nome Social

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
SUELEN NAKAHARA DE GOUVEIA RODRIGUES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
40865

18 - UF
41

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caudex do Atendimento
2

22 - Data do Solicito
22/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Anamnese
22

26 - Descrição
10101039

27 - Q. SAE
1

28 - Q. Atende
0

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNE-ES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atividade (se dentro ou fora da rede contratada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data
37 - Hora Inicial
38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q. SAE
43 - Via
44 - Tce

45 - % Total Atende
46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

48 - Tipo de Exame

49 - Q. SAE

50 - Categoria Operadora (COP)

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

Identificação do Profissional (Executante)

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 Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Outros Insumos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

ALTA HS.

Carla Beatriz de Jesus Barreto
Enfermeira
COREN-PR 506.813

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 30/10/2002

Nº da Guia: 16549

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

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

Descrição

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

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

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

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

Observações

Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.: _____

Joserlania Ramos Pazette Fagundes

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

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

Trauma

Antebraço

E



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

2 - Nº Guia no Prestador 16549

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sanita

6 - Data Validade da Servico

7 - Numero da Guia Atribuido para Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Numero da Carteira

258525

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

VINICIUS ROBERTO CALDEIRA ROCHA

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome da Contratada

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

NOUR ALIMAN EL MAZOUZ SAID

16 - Conselho Profissional

06

17 - Numero no Conselho

038877

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

03/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

1 22 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 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Orde

43 - Via

44 - Tabela

45 - % Real / Aceite

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora(CPF)

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

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: 03/04/2024 15:16:32

Controlador: 9321120

Atendimento: 8321120

Controlador: INST ADVERTISALAP

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 - Nº Guia Paciente

4 - Data de Autuação

5 - Serviço

6 - Data Validação de Serviço

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 do Beneficiário

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 ABRPA
000000

3 - M. Guia Profissional

4 - Data de Autorização
5 - Data
6 - Data validade da Guia

8 - Nome da Clínica
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

17 - 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
25 - Código do Procedimento ou
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qx Solic.
1

28 - Qx Anest.
0

Dados do Contratado - Encapsado

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome da Contratada
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação da Atividade (relatório ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encaminhamento ou Atendimento

Dados de Execução / 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\$)

Assinatura e/ou Profissional (Exercício)

48 - Ass. Prof.

49 - Ass. Prof.

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 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 Material (R\$)

62 - Total de OPIR (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 da Contratada

Impresso por: MISENDES

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

Consultoria: 8330680

Gerente: 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

CPM 45480

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

2 - Nº Guia no Prestador 16583

Folha: 1 / 1

1 - Registro AHS
0

3 - N.º da Ficha Principal

4 - Data de Autuação

5 - Sexo

6 - Nome do Paciente

7 - Data Validade da Ficha

8 - Nome Social

9 - Nome

FRANCISCO MARUTI PENACHIOTTI

12 - Atendimento a RV
N

13 - Código de Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

41

18 - Código CBO

225165

19 - Data da Solicitação

05/04/2024

20 - Data da Realização

05/04/2024

21 - Tipo de Atendimento

2

22 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Q. Solic. 28 - Q. Atend.
1 0

29 - Nome do Contratado

30 - Nome do Contratado

31 - Nome do Contratado

32 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

33 - Descrição da Atividade Realizada ou Serviço Realizado

34 - Tipo de Consulta

35 - Número de Encaminhamento do Atendimento

36 - Nome do Contratado

37 - Nome do Contratado

38 - Nome do Contratado

39 - Nome do Contratado

40 - Nome do Contratado

41 - Nome do Contratado

42 - Nome do Contratado

43 - Nome do Contratado

44 - Nome do Contratado

45 - Nome do Contratado

46 - Nome do Contratado

47 - Nome do Contratado

48 - Nome do Contratado

49 - Nome do Contratado

50 - Nome do Contratado

51 - Nome do Contratado

52 - Nome do Contratado

53 - Nome do Contratado

54 - Nome do Contratado

55 - Nome do Contratado

56 - Nome do Contratado

57 - Nome do Contratado

58 - Nome do Contratado

59 - Nome do Contratado

60 - Nome do Contratado

61 - Nome do Contratado

62 - Nome do Contratado

63 - Nome do Contratado

64 - Nome do Contratado

65 - Nome do Contratado

66 - Nome do Contratado

67 - Nome do Contratado

68 - Nome do Contratado

69 - Nome do Contratado

70 - Nome do Contratado

71 - Nome do Contratado

72 - Nome do Contratado

73 - Nome do Contratado

74 - Nome do Contratado

75 - Nome do Contratado

76 - Nome do Contratado

77 - Nome do Contratado

78 - Nome do Contratado

79 - Nome do Contratado

80 - Nome do Contratado

81 - Nome do Contratado

82 - Nome do Contratado

83 - Nome do Contratado

84 - Nome do Contratado

85 - Nome do Contratado

86 - Nome do Contratado

87 - Nome do Contratado

88 - Nome do Contratado

89 - Nome do Contratado

90 - Nome do Contratado

91 - Nome do Contratado

92 - Nome do Contratado

93 - Nome do Contratado

94 - Nome do Contratado

95 - Nome do Contratado

96 - Nome do Contratado

97 - Nome do Contratado

98 - Nome do Contratado

99 - Nome do Contratado

100 - Nome do Contratado

101 - Nome do Contratado

102 - Nome do Contratado

103 - Nome do Contratado

104 - Nome do Contratado

105 - Nome do Contratado

106 - Nome do Contratado

107 - Nome do Contratado

108 - Nome do Contratado

109 - Nome do Contratado

110 - Nome do Contratado

8325752



Atendimento:	8325752	Pedido:	2947379	Ac. Number:	3692159
Registro / Nome:	FRANCISCO MARUTI PENACHIOTTI				
Data de Nascimento:	15/01/2014	Idade:	10 anos, 2 meses e 20 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	05/04/2024 15:20:00			Laudado:	
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	LUAN CELSO GONCALVES R				

RX - PÉ ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento:	8325752	Pedido:	2947379	Ac. Number:	3692160
Registro / Nome:	FRANCISCO MARUTI PENACHIOTTI				
Data de Nascimento:	15/01/2014	Idade:	10 anos, 2 meses e 20 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	05/04/2024 15:20:00			Laudado:	
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	LUAN CELSO GONCALVES R				

RX - TORNOZELO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608