

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 16/06/2007

Nº da Guia: 16641

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

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

Descrição

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

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto	(51) 98270-3529

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

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

Observações

Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

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

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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

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



1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal	6 - Data Validação da Serra	7 - Número da Guia Emitido pelo Operador
4 - Data de Autorização	5 - Serra	8 - Nome do Beneficiário	9 - Nome do Profissional Solicitante
1119039		ISABELA RODRIGUES ERCOLIN	
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante DANIELLE HORING GRUBERT		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45480
21 - Código de Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 08/04/2024	23 - Indicação Clínica
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro
27 - CI SUSE 1		28 - CI ABRINTE 0	
Dados do Contratado Essencial			
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
31 - Código CNES 9365230		32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Atendimento (relatório ou documento relacionado)	
34 - Tipo de Atendimento		35 - Tipo de Consulta	
36 - Data 37 - Hora Inicial		38 - Hora Final	39 - Tabela
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
42 - Data 43 - Hora Inicial			
44 - Hora Final			
45 - Nome do Profissional			
46 - Conselho Profissional			
47 - Número no Conselho			
48 - Nome do Contratado			
49 - Código CNES			
50 - Data de Realização do Procedimento em Saúde			
51 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
52 - Total de Taxas e Abordagens (R\$)			
53 - Total de Taxas de Material (R\$)			
54 - Total de Taxas de Material (R\$)			
55 - Total de Taxas de Material (R\$)			
56 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
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 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			
72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			

8330677



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

2. Nº Guia no Prestador 16641

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0000000

3 - Nº Guia Privada

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Vencida da Série

7 - Número da Guia Atrelado pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ISABELA RODRIGUES ERCOLIN

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura a RN
N

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

DANIELLE HORING GRUBERT

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

45480

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

09/04/2024

22 - Indicação Clínica

2

23 - Indicação

25 - Código do Procedimento ou Item Anestésico

40804097

26 - Descrição

RX - Rx ou pododactilite

27 - Qtd. Sess.

1

28 - Qtd. Autiz.

0

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CBO

9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atividade (resistente ou doença relapsante)

34 - Tipo da Consulta

35 - Método de Envolvimento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. Sess.

43 - Via

44 - Taxa

45 - % Desc. / Anest.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Data de Realização do Procedimento em Série

49 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

50 - Total de Tópicos e Anexos (R\$)

51 - Total Tópicos de Materiais (R\$)

52 - Total de CMG (R\$)

53 - Total de Medicamentos (R\$)

54 - Total Gastos Materiais (R\$)

55 - Assinatura do Responsável pela Autorização

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

57 - Assinatura do Contratado

58 - Assinatura do Contratado

Impresso por: KOBOLIVA

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

Contato: 08330677

Assinatura: 08330677

Contato: 08330677

Assinatura: 08330677

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

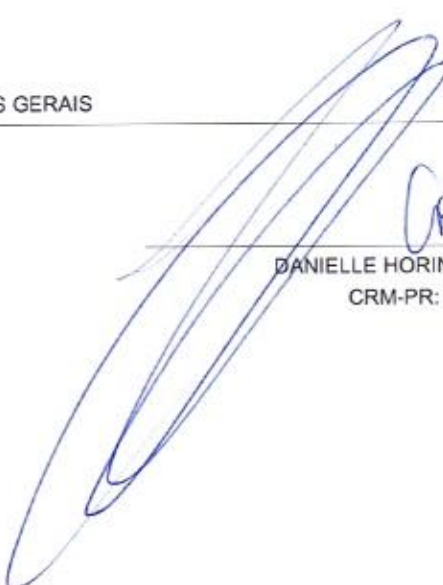
Rubrica do
Médico

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

2 - Nº Guia no Prestador **16173**

Folha: 1 / 1

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

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

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

16 - Nome do Prestador Socialite	06	35916	41	225225
PLANTAO MAYRA THAIS NAKANO RODRIGUES				
Quota de Societário / Proprietários e Outros Sócios				
27 - Data de Sdclificação				
28 - Indicação Círtica				

	21 - Campo de preenchimento	27 - Cf. Social	28 - Cf. Adicional
2	22/03/2024		
24 - Intervalo	25 - Código do Procedimento no Item Assistencial	26 - Descrição	
1 22	10101039	Consulta em pronto socorro	

02055

1 0

Open 22

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

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

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

[illegible][illegible]

UNION SOCCORRO CARDIOLÓGICO HOY
8295621 11410000-
20 Dedicado al Representante
3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100 - 101 - 102 - 103 - 104 - 105 - 106 - 107 - 108 - 109 - 110 - 111 - 112 - 113 - 114 - 115 - 116 - 117 - 118 - 119 - 120 - 121 - 122 - 123 - 124 - 125 - 126 - 127 - 128 - 129 - 130 - 131 - 132 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137 - 138 - 139 - 140 - 141 - 142 - 143 - 144 - 145 - 146 - 147 - 148 - 149 - 150 - 151 - 152 - 153 - 154 - 155 - 156 - 157 - 158 - 159 - 160 - 161 - 162 - 163 - 164 - 165 - 166 - 167 - 168 - 169 - 170 - 171 - 172 - 173 - 174 - 175 - 176 - 177 - 178 - 179 - 180 - 181 - 182 - 183 - 184 - 185 - 186 - 187 - 188 - 189 - 190 - 191 - 192 - 193 - 194 - 195 - 196 - 197 - 198 - 199 - 200 - 201 - 202 - 203 - 204 - 205 - 206 - 207 - 208 - 209 - 210 - 211 - 212 - 213 - 214 - 215 - 216 - 217 - 218 - 219 - 220 - 221 - 222 - 223 - 224 - 225 - 226 - 227 - 228 - 229 - 230 - 231 - 232 - 233 - 234 - 235 - 236 - 237 - 238 - 239 - 240 - 241 - 242 - 243 - 244 - 245 - 246 - 247 - 248 - 249 - 250 - 251 - 252 - 253 - 254 - 255 - 256 - 257 - 258 - 259 - 260 - 261 - 262 - 263 - 264 - 265 - 266 - 267 - 268 - 269 - 270 - 271 - 272 - 273 - 274 - 275 - 276 - 277 - 278 - 279 - 280 - 281 - 282 - 283 - 284 - 285 - 286 - 287 - 288 - 289 - 290 - 291 - 292 - 293 - 294 - 295 - 296 - 297 - 298 - 299 - 300 - 301 - 302 - 303 - 304 - 305 - 306 - 307 - 308 - 309 - 310 - 311 - 312 - 313 - 314 - 315 - 316 - 317 - 318 - 319 - 320 - 321 - 322 - 323 - 324 - 325 - 326 - 327 - 328 - 329 - 330 - 331 - 332 - 333 - 334 - 335 - 336 - 337 - 338 - 339 - 340 - 341 - 342 - 343 - 344 - 345 - 346 - 347 - 348 - 349 - 350 - 351 - 352 - 353 - 354 - 355 - 356 - 357 - 358 - 359 - 360 - 361 - 362 - 363 - 364 - 365 - 366 - 367 - 368 - 369 - 370 - 371 - 372 - 373 - 374 - 375 - 376 - 377 - 378 - 379 - 380 - 381 - 382 - 383 - 384 - 385 - 386 - 387 - 388 - 389 - 390 - 391 - 392 - 393 - 394 - 395 - 396 - 397 - 398 - 399 - 400 - 401 - 402 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 415 - 416 - 417 - 418 - 419 - 420 - 421 - 422 - 423 - 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429 - 430 - 431 - 432 - 433 - 434 - 435 - 436 - 437 - 438 - 439 - 440 - 441 - 442 - 443 - 444 - 445 - 446 - 447 - 448 - 449 - 450 - 451 - 452 - 453 - 454 - 455 - 456 - 457 - 458 - 459 - 460 - 461 - 462 - 463 - 464 - 465 - 466 - 467 - 468 - 469 - 470 - 471 - 472 - 473 - 474 - 475 - 476 - 477 - 478 - 479 - 480 - 481 - 482 - 483 - 484 - 485 - 486 - 487 - 488 - 489 - 490 - 491 - 492 - 493 - 494 - 495 - 496 - 497 - 498 - 499 - 500 - 501 - 502 - 503 - 504 - 505 - 506 - 507 - 508 - 509 - 510 - 511 - 512 - 513 - 514 - 515 - 516 - 517 - 518 - 519 - 520 - 521 - 522 - 523 - 524 - 525 - 526 - 527 - 528 - 529 - 530 - 531 - 532 - 533 - 534 - 535 - 536 - 537 - 538 - 539 - 540 - 541 - 542 - 543 - 544 - 545 - 546 - 547 - 548 - 549 - 550 - 551 - 552 - 553 - 554 - 555 - 556 - 557 - 558 - 559 - 560 - 561 - 562 - 563 - 564 - 565 - 566 - 567 - 568 - 569 - 570 - 571 - 572 - 573 - 574 - 575 - 576 - 577 - 578 - 579 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 598 - 599 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 679 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 689 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 779 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 789 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 - 810 - 811 - 812 - 813 - 814 - 815 - 816 - 817 - 818 - 819 - 820 - 821 - 822 - 823 - 824 - 825 - 826 - 827 - 828 - 829 - 830 - 831 - 832 - 8

Figure 1 is a line graph showing the cumulative number of COVID-19 cases in the United States from March 2020 to March 2021. The y-axis is labeled 'Cumulative cases' and ranges from 0 to 100,000,000. The x-axis is labeled 'Date' and shows months from March 2020 to March 2021. The graph shows a sharp increase in cases starting in March 2020, peaking in May 2020 at approximately 10,000,000 cases, followed by a decline and then a second, larger peak in March 2021 at approximately 100,000,000 cases.

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

06 - Assinatura do Responsável pela Atividade	d) Assinatura do Beneficiário ou Representado <i>Guarim</i>	III - Assinatura do Contratado
--	---	---------------------------------------

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 Atestado pelo Operador

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
LUAN MATHEUS COSTA SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura e IN

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTÃO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES

16 - Conselho Profissional
09

17 - Número no Conselho
95946

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
22/03/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Título

25 - Código do Procedimento ou
Item Assistencial
40803120
72999999

26 - Descrição
RX - Mão ou quilocação
MEDICAMENTOS

27 - Qtd. Sessão
1

28 - Qtd. Anest.
0

CRM 23055

Dados do Operador

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CBO
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação do Acidente (pendente ou doença médica)

34 - Tipo de Consulta

35 - Número do Exame ou do Atendimento

Dados da Execução / Procedimento e Exame Realizado

36 - Data

37 - Inicial

38 - H. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Dia

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Real / Anest.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do Profissional (Beneficiário)

48 - Data de Nascimento

49 - GR. Prof.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Profissional ou Responsável

59 - Assinatura do Contratado

60 - Observação / Justificativa

61 - Total Procedimentos (R\$)

62 - Total da Taxa e Margem (R\$)

63 - Total Taxa de Material (R\$)

64 - Total da OPE (R\$)

65 - Total da Medicamento (R\$)

66 - Total Gastos Médicos (R\$)

67 - Total Total (R\$)

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Inscrição por KREBS/LIA

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

Certificação 8295621

Atendimento: 8295621

Condição: INST. ADVERTIDA/LIA

8295621



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

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



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

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

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

1ª VIA

Rubrica do Médico

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

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
COBERTURA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

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

8295621

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO
CRM-PR: 23055

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

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

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERE TRAUMA EM MÃO ESQUERDA HA 1 DIA

EF:
PELE INTEGRAL
ADM LIMITADA PELA DOR
NEUROVASCULAR PRESERVADA

PT:
RX

8295621

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

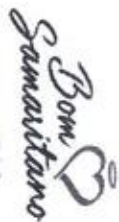
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	2						
Justificativa.: ESQ (500000)							
Obs.: AP + PERFIL + OB							

VISITA HOSPITALAR

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



LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO
CRM-PR: 23055



LUAN PATRICK COSTA SANTOS
Pront: 620487 Suo: N
Dt: 22/03/2024
INST: ADVENTISTA-IMP / COLEGIO ADV
PRONTO SOCORRO CARDIOLOGIA
8295621 114109960

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº	Compr. de gase 7.5 X 7.5 (setor) - un	Luva estéril nº	Sonda Aspiração nº			
	Agua Oxigenada - ml	Compr. de gase tipo queijo (45cm)	Estensoftx 20 cm	Sonda Foley2 vias nº			
	Aguilha descartável 25x7	Comp. Cirurgica estéril	Polifix Padrao	Sonda Foley3 vias nº			
1 + 2	Aguilha descartável 40x12	Cateter Central	PVPi degermante	Sonda Uretral nº			
	Alcool Iodado - ml	Dreno de Torax nº	PVPi tóxico	Sonda Nasogástrica longa nº			
	Atadura algodão ortopédica 10cm	Eletrodo desc. de pape l- unidade	Clorexedina Alcodica	Sonda Nasoenteral			
	Atadura algodão ortopédica 20cm	Equipo Macrogotas	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 refer trauma em mto 22quede	
						Vegetado, apenso de RX medicado CPB	
						Seguira em alta após	

Elvise 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 Validada da Servia

7 - Numero da Guia Atribuído pelo Operador

8 - Numero da Carteira

11113307

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
LUIS RENATO CROCIETA

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

13 - Código da Operação

23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
DANIELLE HORING GRUBERT

16 - Conselho Profissional
06

17 - Numero no Conselho
45480

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão do Atendimento

22 - Data da Solicitação
09/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Taboleta
22

25 - Código do Procedimento
40804062

26 - Descrição
RX - Paleta

27 - Clsão
1

28 - Q. Autogr.
0

29 - Código na Operadora

23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atividade (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do atendimento

36 - Data

37 - 1º Intervalo

38 - 1º Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Data

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresce

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

91 -

92 -

93 -

94 -

95 -

96 -

97 -

98 -

99 -

100 -

101 -

102 -

103 -

104 -

105 -

106 -

107 -

108 -

109 -

110 -

111 -

112 -

113 -

114 -

115 -

116 -

117 -

118 -

119 -

120 -

121 -

122 -

123 -

124 -

125 -

126 -

127 -

128 -

129 -

130 -

131 -

132 -

133 -

134 -

135 -

136 -

137 -

138 -

139 -

140 -

141 -

142 -

143 -

144 -

145 -

146 -

147 -

148 -

149 -

150 -

151 -

152 -

153 -

154 -

155 -

156 -

157 -

158 -

159 -

160 -

161 -

162 -

163 -

164 -

165 -

166 -

167 -

168 -

169 -

170 -

171 -

172 -

173 -

174 -

175 -

176 -

177 -

178 -

179 -

180 -

181 -

182 -

183 -

184 -

185 -

186 -

187 -

188 -

189 -

190 -

191 -

192 -

193 -

194 -

195 -

196 -

197 -

198 -

199 -

200 -

201 -

202 -

203 -

204 -

205 -

206 -

207 -

208 -

209 -

210 -

211 -

212 -

213 -

214 -

215 -

216 -

217 -

218 -

219 -

220 -

221 -

222 -

223 -

224 -

225 -

226 -

227 -

228 -

229 -

230 -

231 -

232 -

233 -

234 -

235 -

236 -

237 -

238 -

239 -

240 -

241 -

242 -

243 -

244 -

245 -

246 -

247 -

248 -

249 -

250 -

251 -

252 -

253 -

254 -

255 -

256 -

257 -

258 -

259 -

260 -

261 -

262 -

263 -

264 -

265 -

266 -



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							11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N		
Dados do Solicitante		13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A											
15 - Nome do Profissional Solicitante DANIELLE HORING GRUBERT		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 45480	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante								
Dados de Solicitação / Prescrição e Exame Indicação		21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/04/2024	23 - Indicação Clínica										
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Serviço Realizado 10102019	26 - Descrição Visita hospitalar (paciente internado)											
27 - Q1 Solic 1		28 - Q2 Autoriz 0												
Dados do Contratado / Executante														
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A												
31 - Código CIES 9365230														
Dados do Atendimento		32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação do Atendimento (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento									
Dados de Execução / Procedimento e Exames Realizados														
36 - Data 30		37 - Pt. Inicial 37	38 - Pt. Final 38	39 - Tabela 40	40 - Código do Procedimento		41 - Descrição							
42 - Q1m 43 - Via 44 - Tcc		45 - % Rod / Assoc. 46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)										
Identificação do Paciente														
Dt. Nascimento 01.10.2008		Sexo M		51 - Nome do Profissional										
Pront. 629916		Dt. 08/04/2024		52 - Conselho Profissional										
Inst. ADVENTISTA-IAE / COLÉGIO NOVEN		53 - Número no Conselho												
8330671		54 - UF												
55 - Data de Realização do Procedimento em casa		56 - Realizado ou Responsável		57 - Nome do Profissional										
58 - Observação / Justificativa		59 - Total Procedimento (R\$)												
60 - Assinatura do Responsável pela Autorização		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de Opus (R\$)		63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Medicinas (R\$)		65 - Total Geral (R\$)				
Impresso por: NSUNCES														
Data: 08/04/2024 17:37:31														
Data: 08/04/2024 17:37:31														
Atendimento: 6330671														
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

2 - Nº Guia no Prestador **16088**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0		3 - Nr. Guia Prescrita		6 - Data Validade da Guia		7 - Número da Guia Atribuído pelo Operativo	
4 - Data de Autorização		5 - Serviço		8 - Data Validade da Guia		9 - Número da Guia Atribuído pelo Operativo	
10 - Nome		11 - Número da Carteira		12 - Nome Social		13 - Nome	
14 - Nome		15 - Validade da Carteira		16 - Nome Social		17 - Nome	
18 - Nome		19 - Validade da Carteira		20 - Nome Social		21 - Nome	
22 - Nome		23 - Validade da Carteira		24 - Nome Social		25 - Nome	
26 - Nome		27 - Validade da Carteira		28 - Nome Social		29 - Nome	
30 - Nome		31 - Validade da Carteira		32 - Nome Social		33 - Nome	
34 - Nome		35 - Validade da Carteira		36 - Nome Social		37 - Nome	
38 - Nome		39 - Validade da Carteira		40 - Nome Social		41 - Nome	
42 - Nome		43 - Validade da Carteira		44 - Nome Social		45 - Nome	
46 - Nome		47 - Validade da Carteira		48 - Nome Social		49 - Nome	
50 - Nome		51 - Validade da Carteira		52 - Nome Social		53 - Nome	
54 - Nome		55 - Validade da Carteira		56 - Nome Social		57 - Nome	
58 - Nome		59 - Validade da Carteira		60 - Nome Social		61 - Nome	
62 - Nome		63 - Validade da Carteira		64 - Nome Social		65 - Nome	
66 - Nome		67 - Validade da Carteira		68 - Nome Social		69 - Nome	
70 - Nome		71 - Validade da Carteira		72 - Nome Social		73 - Nome	
74 - Nome		75 - Validade da Carteira		76 - Nome Social		77 - Nome	
78 - Nome		79 - Validade da Carteira		80 - Nome Social		81 - Nome	
82 - Nome		83 - Validade da Carteira		84 - Nome Social		85 - Nome	
86 - Nome		87 - Validade da Carteira		88 - Nome Social		89 - Nome	
90 - Nome		91 - Validade da Carteira		92 - Nome Social		93 - Nome	
94 - Nome		95 - Validade da Carteira		96 - Nome Social		97 - Nome	
98 - Nome		99 - Validade da Carteira		100 - Nome Social		101 - Nome	
102 - Nome		103 - Validade da Carteira		104 - Nome Social		105 - Nome	
106 - Nome		107 - Validade da Carteira		108 - Nome Social		109 - Nome	
110 - Nome		111 - Validade da Carteira		112 - Nome Social		113 - Nome	
114 - Nome		115 - Validade da Carteira		116 - Nome Social		117 - Nome	
118 - Nome		119 - Validade da Carteira		120 - Nome Social		121 - Nome	
122 - Nome		123 - Validade da Carteira		124 - Nome Social		125 - Nome	
126 - Nome		127 - Validade da Carteira		128 - Nome Social		129 - Nome	
130 - Nome		131 - Validade da Carteira		132 - Nome Social		133 - Nome	
134 - Nome		135 - Validade da Carteira		136 - Nome Social		137 - Nome	
138 - Nome		139 - Validade da Carteira		140 - Nome Social		141 - Nome	
142 - Nome		143 - Validade da Carteira		144 - Nome Social		145 - Nome	
146 - Nome		147 - Validade da Carteira		148 - Nome Social		149 - Nome	
150 - Nome		151 - Validade da Carteira		152 - Nome Social		153 - Nome	
154 - Nome		155 - Validade da Carteira		156 - Nome Social		157 - Nome	
158 - Nome		159 - Validade da Carteira		160 - Nome Social		161 - Nome	
162 - Nome		163 - Validade da Carteira		164 - Nome Social		165 - Nome	
166 - Nome		167 - Validade da Carteira		168 - Nome Social		169 - Nome	
170 - Nome		171 - Validade da Carteira		172 - Nome Social		173 - Nome	
174 - Nome		175 - Validade da Carteira		176 - Nome Social		177 - Nome	
178 - Nome		179 - Validade da Carteira		180 - Nome Social		181 - Nome	
182 - Nome		183 - Validade da Carteira		184 - Nome Social		185 - Nome	
186 - Nome		187 - Validade da Carteira		188 - Nome Social		189 - Nome	
190 - Nome		191 - Validade da Carteira		192 - Nome Social		193 - Nome	
194 - Nome		195 - Validade da Carteira		196 - Nome Social		197 - Nome	
198 - Nome		199 - Validade da Carteira		200 - Nome Social		201 - Nome	
202 - Nome		203 - Validade da Carteira		204 - Nome Social		205 - Nome	
206 - Nome		207 - Validade da Carteira		208 - Nome Social		209 - Nome	
210 - Nome		211 - Validade da Carteira		212 - Nome Social		213 - Nome	
214 - Nome		215 - Validade da Carteira		216 - Nome Social		217 - Nome	
218 - Nome		219 - Validade da Carteira		220 - Nome Social		221 - Nome	
222 - Nome		223 - Validade da Carteira		224 - Nome Social		225 - Nome	
226 - Nome		227 - Validade da Carteira		228 - Nome Social		229 - Nome	
230 - Nome		231 - Validade da Carteira		232 - Nome Social		233 - Nome	
234 - Nome		235 - Validade da Carteira		236 - Nome Social		237 - Nome	
238 - Nome		239 - Validade da Carteira		240 - Nome Social		241 - Nome	
242 - Nome		243 - Validade da Carteira		244 - Nome Social		245 - Nome</	

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

2 - Nº Guia no Prestador 743

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	0
3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização	
5 - Sentença	
6 - Data Validada da Sentença	
7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora	

Dados de Identificação		12 - Assinatura a RN	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	N	
5128788832	31/12/2024		
10 - Nome			
MATEUS SILVEIRA XAVIER			

Cartão do Solicitante	
13 - Código de Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 038877	
18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Data da Solicitação 27/02/2024	
22 - Data do Atendimento	
23 - Indicação Clínica RM JOELHO ESQUERDO	
24 - Indicador de Ocorrência Especial	
25 - Data de Emissão	
26 - Data de Validade	

24 - Tabela	25 - Código de Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
1	22	R\$ DE JOELHO (UNITÁRIO)
41101316		

Dados do Certificado: Emissão: 10 - Nome do Certificado: 11 - Código CNES: 9365230

24 - Tabela: 1

25 - Código de Procedimento ou Item Assistencial: 22

26 - Descrição: R\$ DE JOELHO (UNITÁRIO)

41101316

626891

013 94458 02 2024

ALFONE: 8243581

MATEUS SILVA XAVIER

28.07.2003

Id. 204.7m.3d

N. Cartão: 128788202

INSTR. ADJUN

2824035

9365230

2.38763040001		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE WAX	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação do Acidente (ocorrido ou doença relacionando)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento
36 - Data		37 - Ht Inicial	38 - Ht Final
39 - Tabeta		40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
42 - Cto.		43 - Via	44 - Tte.
45 - % Real / Acum.		46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

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

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

58 - Observação / Justificativa

LESÃO DO CRUZADO ANTERIOR + LCM

99 - Total Procedimentos (R\$)		00 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		01 - Total Taxas de Autuação (R\$)		02 - Total das CPME (R\$)		03 - Total da Medicamentos (R\$)		04 - Total Outros Medicamentos (R\$)	
00 - Assinaturas do Responsável pela Autorização		07 - Assinatura do Geniólogo ou Responsável <i>A. Martins Xavier</i>		08 - Assinatura do Coordenador		09 - Assinatura do Controlado		10 - Assinatura do Controlado		11 - Assinatura do Controlado	

Impresso por: NAFERSAID Data/Hora: 27/03/2024 09:41:30 Código: 00262022 Assinatura: 00262022 Controlador: INSE ADVENT STRAUP

OTOPOLIA FARMACOPOLIA
CNPJ: 08.777.777-00011111
TELEFONE: 11.999.99.99

*8242922

8242922



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

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

MÉTODO

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

ANÁLISE

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

Patela tópica.

Superfícies condrais preservadas.

Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal preservados.

Meniscos lateral e medial sem alterações.

Rotura completa do ligamento cruzado anterior.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais íntegros.

Estruturas tendíneas sem alterações.

Moderado derrame articular.

Fossa poplíteia livre.

Laudado por:

Dr. Gustavo Leme

CRM - PR: 28571

Responsável Técnico: Dr. Renê Keizo Arikawa

RENÊ KEIZO ARIKAWA

CRM- SP: 98744

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



Data de Nascimento: 15/07/2006

Nº da Guia: 16259

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

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Direito

Descrição

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

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

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

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

Observações

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

Adrielly Lima
PRECEPTORA

Ass.: _____

Residencial Feminino

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

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

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

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



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

RX - PÉ DIREITO (AP/OBLIQUA).

Estrutura óssea conservada.

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

YAN FURQUIM DEPIERI

CRM- 48600

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



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

RX - TORNOZELO DIREITO (AP/OBLIQUA).

Estrutura óssea conservada.

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

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

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

YAN FURQUIM DEPIERI

CRM- 48600

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

AO EXAME FÍSICO:

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

HD\ LESÃO DE PARTES MOLES - LIGAMENTAR.

PLANO TERAPÊUTICO:

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

8301186

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

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

NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 038877

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

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

8301186

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 038877

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

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		8301186			
	Água Oxigenada – ml	Compr. de gase 7.5 x 7.5 (setor) - un		Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº
	Agulha descartável 25x7	Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Estensiofix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº
	Agulha descartável 40x12	Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias nº
2	Alcool Iodado – ml	Cateter Central		PVPI degermante		Sonda Uretral nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm	Dreno de Tórax nº		PVPI tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 20cm	Eletrodo desc. de pape l- unidade		Clorexedina Alcoólica		Sonda Nasoenteral
4	Atadura crepom (PS/CC) 10cm	Equipo Macrogolias		Seringa descartável s/ ag3ml		Fólsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm	Equipo Bomba		Seringa Descartável s/ ag5ml		Coletor Sistema Aberto
4	Atadura gessada 10cm	Equipo BIC Foto		Seringa Descartável s/ ag10ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 20cm	Escalpe nº 24		Seringa Descartável s/ ag20ml		Cateter Tipo Óculos
4	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	Eletrcardiograma	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Aspiração	Glicemia Capilar	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Cardioversão elétrica	Ventilação Mecânica: Início: : Fim: :	Punção Lombar	Traqueostomia
Curativo P () M () G ()	Monitorização Cardíaca: Início: : Fim: :	Punção Venosa – Adulto	Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Do em Tororib i luto eao X
e anadgmas i luto 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

2 - Nº Guia no Prestador 15420

19

Br. João Paulo da S. Santos
Pedreira
CRM-PR 34162 / ROF 25782

11/10/2011 10:00 AM

1	22	23 - Código de Procedimento ou N. Descrição Item Assistencial	24 - Quantidade	25 - Valor Unitário	26 - Valor Total	27 - Cx. Sólido	28 - Cx. Líquido
1	22	10101039 Consulta em pronto socorro	1	0			

Dados de Atendimento	
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (se dentro ou fora do trabalho)
34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encaminhamento de Atendimento
91 - Regime de Internamento	92 - Estado Disciplinar

Formulário de Cadastro / Inscrição Profissional e Cadastro de Matrícula											
36 - Cód. de	37 - H. Profissional	38 - H. Final	39 - T. de Cód.	40 - Cód. do Procedimento	41 - Descrição	42 - Cód. de	43 - Via	44 - Tel.	45 - % Pop. / An. med.	46 - Valor - An. (R\$)	47 - Valor - An. (R\$)
48 - Cód. de	49 - Cód. de	50 - Cód. de	51 - Cód. de	52 - Cód. de	53 - Cód. de	54 - Cód. de	55 - Cód. de	56 - Cód. de	57 - Cód. de	58 - Cód. de	59 - Cód. de
Identificação do(a) Profissional Inscrição											
50 - Cód. na inscrição Profissional											
51 - Nome do Profissional											
52 - Cód. Profissional											
53 - Número do Conselho											
54 - UF											
55 - Cód. do CBO											

[illegible]

00 - Total Prescricoes (t3)	01 - Total Tases de Molestas (t3)	02 - Total de CPPE (t3)	03 - Total de Medicamentos (t3)	04 - Total Casos Mortais (t3)	05 - Total Qued (t3)
06 - Assinatura do Responsavel pela Atualizacao		07 - Assinatura do Beneficiario ou Representante		08 - Assinatura do Confiante	

8234785

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

2 - Nº Guia no Prestador 27730620

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atibuido pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome Social

4314847

11 - Nome

SAMUEL BRITO KOENEN

12 - Atendimento a RN

N

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
34162

18 - UF
41

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Código do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
22/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
2

25 - Código do Procedimento
72999999

26 - Descrição
MEDICAMENTOS

27 - Quantidade
30101794

28 - Unidade
MEDICAMENTOS

29 - Valor Unitário
Sucesso de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento

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

31 - Código CBO
9366230

32 - Descrição
MEDICAMENTOS

33 - Quantidade
Sucesso de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento

34 - Unidade
MEDICAMENTOS

35 - Valor Unitário
Sucesso de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento

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

42 - Data
43 - Hora Inicial
44 - Hora Final
45 - Tabela
46 - Código do Procedimento
47 - Descrição

48 - Data
49 - Hora Inicial
50 - Hora Final
51 - Tabela
52 - Código do Procedimento
53 - Descrição

54 - Data
55 - Hora Inicial
56 - Hora Final
57 - Tabela
58 - Código do Procedimento
59 - Descrição

60 - Data
61 - Hora Inicial
62 - Hora Final
63 - Tabela
64 - Código do Procedimento
65 - Descrição

66 - Data
67 - Hora Inicial
68 - Hora Final
69 - Tabela
70 - Código do Procedimento
71 - Descrição

72 - Data
73 - Hora Inicial
74 - Hora Final
75 - Tabela
76 - Código do Procedimento
77 - Descrição

78 - Data
79 - Hora Inicial
80 - Hora Final
81 - Tabela
82 - Código do Procedimento
83 - Descrição

84 - Data
85 - Hora Inicial
86 - Hora Final
87 - Tabela
88 - Código do Procedimento
89 - Descrição

90 - Data
91 - Hora Inicial
92 - Hora Final
93 - Tabela
94 - Código do Procedimento
95 - Descrição

96 - Data
97 - Hora Inicial
98 - Hora Final
99 - Tabela
100 - Código do Procedimento
101 - Descrição

102 - Data
103 - Hora Inicial
104 - Hora Final
105 - Tabela
106 - Código do Procedimento
107 - Descrição

108 - Data
109 - Hora Inicial
110 - Hora Final
111 - Tabela
112 - Código do Procedimento
113 - Descrição

114 - Data
115 - Hora Inicial
116 - Hora Final
117 - Tabela
118 - Código do Procedimento
119 - Descrição

120 - Data
121 - Hora Inicial
122 - Hora Final
123 - Tabela
124 - Código do Procedimento
125 - Descrição

126 - Data
127 - Hora Inicial
128 - Hora Final
129 - Tabela
130 - Código do Procedimento
131 - Descrição

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

PROCEDIMENTOS

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

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

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

ALTA HS.

Carla Beatriz de Moraes
Enfermeira
CORENPR 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 - Validade da Carteira

10 - Nome

VINICIUS ROBERTO CALDEIRA ROCHA

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

258525

13 - Código da Operadora

14 - Nome da Contratada

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

23876304000112

15 - Nome do Profissional Solicitante

NOUR ALIMAN EL MAZOUZ SAID

16 - Conselho Profissional

06

17 - Numero no Conselho

038877

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira de Atendimento

22 - Data da Solicitação

03/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - CI Solic.

28 - CI Autoriz.

1

0

31 - Código CNE/S

9365230

32 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

33 - Nome do Contrato

23876304000112

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo do Encaminhamento do Atendimento

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 Unitario (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq Ref

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Sane

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

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

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Taxa Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Conselho

71 - Assinatura do CBO

72 - Assinatura do CBO

Impresso por: CIBR/ANVZ

Data Hora: 03/04/2024 15:16:32

Controlador: 9321120

Atendimento: 8321120

Controlador: INST ADVERTIS/ALAP

8321120



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

2 - Nº Guia no Prestador 8321120

Folha: 1 / 1

1 - Registro MS
000000

3 - Nr. Guia Paciente

4 - Data de Autuação

5 - Servo

6 - Data Validação de Servo

7 - Número da Guia Atualizada pelo Operador

8 - Nome do Beneficiário
258525

9 - Validação de Carteira

10 - Nome
VINICIUS ROBERTO CALDEIRA ROCHA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operadora
23876304000112
14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID

16 - Conselho Profissional
06
17 - Número no Conselho
038877

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2
22 - Data de Solicitação
05/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
40803090

26 - Descrição
RX - COTOVELO

27 - C. Saúde
1

28 - Q. Autoriz.
0

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

31 - Código CNES
9365230

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação ou Acidente (patológico ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Médico de Encaminhamento do Atendimento

36 - Data
37 - H. Inicial
38 - H. Final
39 - Local
40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - C. Saúde
43 - Via
44 - T. Ex.

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

47 - Valor Total (R\$)

48 - C. Saúde

49 - C. Saúde

50 - Código na Operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

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

58 - Total Procedimentos (R\$)

59 - Total Taxas em Aluguéis (R\$)

60 - Total Taxas em Visitas (R\$)

61 - Total Taxas em Medicamentos (R\$)

62 - Total Taxas em Exames (R\$)

63 - Total Taxas em Outros (R\$)

64 - Total Taxas em Outros (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Profissional

69 - Assinatura do Profissional

70 - Assinatura do Profissional

71 - Assinatura do Profissional

72 - Assinatura do Profissional

73 - Assinatura do Profissional

74 - Assinatura do Profissional

75 - Assinatura do Profissional

Impresso por: ICDULHERNE

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

Código: 0021120

Assinatura: 0021120

Código: NBT ADVENTISTA/AB

8321120



Atendimento: 8321120 Pedido: 2945996 Ac. Number: 3690396
Registro / Nome: VINICIUS ROBERTO CALDEIRA ROCHA
Data de Nascimento: 30/10/2002 Idade: 21 anos, 5 meses e 4 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 03/04/2024 22:37:00 Laudado:
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE

RX - COTOVELO ESQUERDO

- Estruturas ósseas integras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

Página: 1 de 1

PRESCRIÇÃO.: 8289362 DATA: 03/04/2024 22:43
USUÁRIO....: PLVANDRADE
ATENDIMENTO: 8321120 DT NASC: 30/10/2002 (21A 5M 5D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 629538 - VINICIUS ROBERTO CALDEIRA ROCHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/04/2024 22:29 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

rx sem sinal de fratura com desvio ou luxação

pt
analgesia
orientações
atestado
repouso
alta

PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE
CRM-PR: 28131

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vitória da Silva Roja
Nº da Carteira: 11.4.213308
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 27/03/2006

Nº da Guia: 16650

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

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

Descrição

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

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

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

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

Observações

Encaminhado para avaliação médica e conduta.

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

Ass.:

Gilberto Junior

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

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



1 - Registro ANS
000000

3 - M. Guia Física

4 - Data de Autorização
5 - Bateria

6 - Data validade da Bateria

7 - Número de Guia Arquivado pelo Operador

8 - Número da Carteira
114213308

10 - Nome
VITORIA DA SILVA ROJA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Agendamento a 1h
N

Dados do Solicitante

13 - Código de Operadora
23876304000112

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

16 - Nome do Profissional Solicitante
DANIELLE HORING GRUBERT

15 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
45480

18 - UF
41

19 - Código CBO
2252270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Causa do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
08/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22
25 - Código do Procedimento ou
10101039
26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qx Solic.
1

28 - Qx Anest.
0

Dados do Contratado - Encargado

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação da Análise (relatório ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encaminhamento ou Atendimento

Dados de Encargos / Procedimentos e Exames Realizados

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

42 - Cidade
43 - Via
44 - Tel.

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

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Sexo, Piel
49 - Qx. Prof.
50 - Código na operadora/CNPJ
51 - Nome do Profissional

52 - Categorie Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

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

58 - Observações / Justificativas

59 - Total Procedimentos (R\$)

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

61 - Total Taxas de Bateria (R\$)

62 - Total de Qx (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Materiais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: MSIMENDES

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

Consultoria: 8330680

Gerente: INST ADVERTISTAS, LDP

8330680



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

RX - JOELHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas normais.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

CD
SOLICITO RX
REAVLIAÇÃO APÓS

8330680

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

VISITA HOSPITALAR

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



DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

CRM
45480

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

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

CRM 45480

PRESCRIÇÃO.: 8302914 DATA: 08/04/2024 17:58
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

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

TRAUMA EM PÉ ESQUERDO HÁ 1 DIA. DOR LOCAL EM REGIÃO DORSAL DE PÉ ESQUERDO + EDEMA + EQUIMOSE.

AO EFO
PELE INTEGRAL
EDEMA + EQUIMOSE
DOR A PALPAÇÃO DE REGIÃO DORSAL DE PE ESQUERDO
ADM DOLOROSA
NV PRESERVADO

CD
SOLICITO RX
REAValiação APÓS

8330677

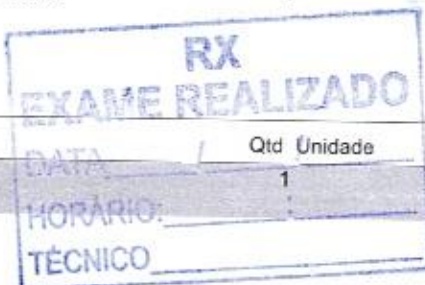
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

VISITA HOSPITALAR

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



DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

Cam 45480