

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Layza Helena Mendes Stelger

Nº da Carteirinha: 11.1.13116

Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 10/06/2009

Nº da Guia: 16986



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
15/04/2024	19:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

Aluna relata que estava jogando vôlei quando a mesma torceu MIE em 1º degrau da escada. Aplicado gelo e dolomita por 3 dias.

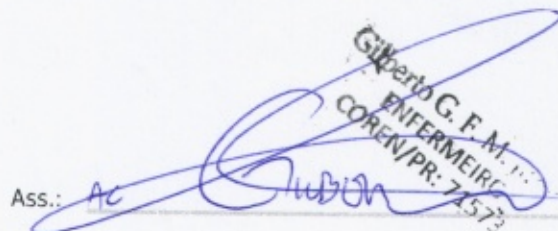
Testemunha da ocorrência	Telefone
Maria	(18) 99761-1378

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Junior	16/04/2024

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. Junior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731

Joserlania Ramos Pazette Fagundes

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

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 16986

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validada da Serbie	7 - Numero da Guia Atribuido pelo Operadora
4 - Data de Autorizacao	5 - Serbie	10 - Nome LAYZA HELENA MENDES STELGER	12 - Atendimento a RM N
8 - Numero da Carteira 09404404900		9 - Validade da Carteira	11 - Numero do Cartão Nacional de Saude
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante VINICIUS MEDINA GUIMARAES
16 - Conselho Profissional 06		17 - Numero no Conselho 4.0959	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>CRAN 40959</i>	21 - Caráter do Atendimento 2
22 - Data da Solicitação 18/04/2024		23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 10101039
26 - Descrição Consulta em pronto socorro		27 - Qx Solic. 1	28 - Qx Autoriz. 0
29 - Código na Operadora 23876304000112			
30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
31 - Código CNE/S 9365230			
32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (ocidente ou danoça relacionada)			
34 - Tipo de Consulta			
35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento			
36 - Data 37 - Hs. Inicial 38 - Hs. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição			
42 - Cód. 43 - Via 44 - Têc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)			
48 - Seq. Rel.			
49 - Gr. Pac.			
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 - Total do Procedimento (R\$)			
59 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)			
60 - Total Taxas de Materiais (R\$)			
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)			
62 - Total de OPMs (R\$)			
63 - Total de Medicamentos (R\$)			
64 - Total Gases Medicinais (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável <i>Carla Maria Stefanello</i>			
68 - Assinatura do Contratado			

Impresso por: LDCSILVA

Data Hora: 18/04/2024 11:21:28

Conta com: 153264

Assinatura: 833564

Contrato: INET ADVENTISTA-AP

83352564



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

2 - Nº Guia no Prestador 16986

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data da Autorização

5 - Série

6 - Data Válida da Série

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira
09404404900

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LAYZA HELENA MENDES STELGER

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RVN

N

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
VINICIUS MEDINA GUIMARAES

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
4.0959

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
OKM 40959

21 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
18/04/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22 40804097
2 22 40804089
3 22 30728118

25 - Descrição
RX - Pa ou pododactilo
RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)
Fraturas e/ou luxacoes ao nivel do tornozelo - reducao inconcreta

27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.

1 0
1 0
1 0

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (incidente ou doença)

34 - Tipo da Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

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

42 - Qtda. 43 - Via 44 - Tec.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data da 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 QI/PM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: C.F. SILVA

Data: 18/04/2024 21:45:27

Central: 0302564

Atendimento: 0302564

Centro: INST ADVENTISTA LALAP

8352564



Atendimento:	8352564	Pedido:	2956140	Ac. Number:	3703162
Registro / Nome:	LAYZA HELENA MENDES STELGER				
Data de Nascimento:	10/06/2009	Idade:	14 anos, 10 meses e 7 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	18/04/2024 17:58:00			Laudado:	19/04/2024 09:39:50
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	VINICIUS MEDINA GUIMARAES				

RX - PÉ ESQUERDO (AP/OLBIQUA).

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.

CAIO HENRIQUE HASHIMOTO PUGLIESI

CRM- PR: 51237

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 8332596 DATA: 18/04/2024 18:44
USUÁRIO....: VMGUIMARAES
ATENDIMENTO: 8352564 DT NASC: 10/06/2009 (14A 10M 9D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 630837 - LAYZA HELENA MENDES STELGER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/04/2024 17:20 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: VINICIUS MEDINA GUIMARAES SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

8352564

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 TORNOZELO, FRATURA/LUXACAO AO NIVEL DO - INCRUENT	1					[18/04] . 18:44

VINICIUS MEDINA GUIMARAES
CRM-PR: 4.0959

VINICIUS M. GUIMARAES
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM 40959 / 18042024



Atendimento:	8352564	Pedido:	2956140	Ac. Number:	3703163
Registro / Nome:	LAYZA HELENA MENDES STELGER				
Data de Nascimento:	10/06/2009	Idade:	14 anos, 10 meses e 7 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	18/04/2024 17:58:00			Laudado:	19/04/2024 09:40:02
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	VINICIUS MEDINA GUIMARAES				

RX - TORNOZELO ESQUERDO (AP/PERFIL).

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.

CAIO HENRIQUE HASHIMOTO PUGLIESI

CRM- PR: 51237

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 8332491 DATA: 18/04/2024 17:55
USUÁRIO....: VMGUIMARAES
ATENDIMENTO: 8352564 DT NASC: 10/06/2009 (14A 10M 9D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 630837 - LAYZA HELENA MENDES STELGER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/04/2024 17:20 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: VINICIUS MEDINA GUIMARAES SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

REFERE ENTOSE HA 4 DIAS (15/04) EM PE ESQUERDO, NEGA TRAUMA DIRETO
HA UM DIA EM USO DE ROBOFOOT POR CONTA PROPRIA PORQUE A DOR PIOROU.
ALERGIA A AMOXICILINA

EFO:
PELE INTEGRA SEM PRESENÇA DE EQUIMOSE OU EDEMA LOCAL
DOR A PLAPAÇÃO EM BASE DE 5º METATARSO
ADM TOTAL
DEAMBULA SEM AUXILIO
NV PRESERVADO

PT;
SOLICITOT RX E REAVALIO

8352564

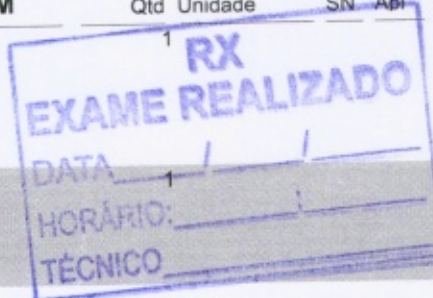
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

- 1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO
TIBIO-TARSICA)
Justificativa.: DOR
Obs.: ESQUERDO

- 2 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS
Justificativa.: DOR
Obs.: ESQUERDO



VISITA HOSPITALAR

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

- 3 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

VINICIUS MEDINA GUIMARAES
CRM-PR: 4.0959

PRESCRIÇÃO.: 8332593 DATA: 18/04/2024 18:44
USUÁRIO....: VMGUIMARAES
ATENDIMENTO: 8352564 DT NASC: 10/06/2009 (14A 10M 9D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 630837 - LAYZA HELENA MENDES STELGER
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/04/2024 17:20 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: VINICIUS MEDINA GUIMARAES SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

Vinicius M. Guimarães
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM 40959 / RPPR 18552

VINICIUS MEDINA GUIMARAES
CRM-PR: 4.0959

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
(Na ausência de etiqueta, preencher dados ao lado)

TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: _____ DN: _____ Atendimento: _____ Data: _____

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
	Agulha descartável 25 x 7		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Estensoftx 20 cm		Sonda Foley2 vias nº
	Agulha descartável 40 x 12		Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias nº
	Agulha descartável 13x 4,5		Cateter Central		PVPI degermante		Sonda Uretral nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno de Tórax nº		PVPI tópico		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Eletrodo desc. de papel unidade		Clorexidina Alcodica ml		Sonda Nasoenteral
	Atadura crepom 10cm		Equipo Macrogotas		Clorexidine Degermante ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom 20cm		Equipo Bomba Infusão (BIC)		Clorexidine Aquosa ml		Coletor Sistema Aberto
	Atadura gessada 10cm		Equipo BIC Foto		Seringa descartável s/ag3ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 20cm		Escalpe nº		Seringa Descartável s/ag5ml		Cateter Tipo Óculos
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples nº		Seringa Descartável s/ag 10ml		Xylocaina gel
	Cadargo – 100cm		Fio Mononylon nº		Seringa Descartável s/ag20ml		
	Cânula end. S/balão nº		Lâmina de bisturi nº		Seringa Descartável s/ag60 ml		
	Malha Tubular nº cm		Lâmina p/ tricotomia		Seringa Insulina		

GASES E MONITORIZAÇÃO

Ventilação Mecânica: Início: _____ Fim: _____ Oxigênio: Início: _____ Fim: _____ Monitorização Cardíaca: Início: _____ Fim: _____

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

14:30 Paciente recebeu ordem de se ausentar
por 4 dias, realizando PT e AT. Presença
crenelada pega de alta medica presença