

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Antônio da Silva Ramos

Nº da Carteira: 4.36.2740

Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.I

Data de Nascimento: 08/08/2016

Nº da Guia: 20365

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/08/2024	12:30:00	Pátio	Saída

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Cabeça

Descrição

O aluno estava brincando com os amigos quando entrou no banheiro e bateu a cabeça na porta do banheiro

Testemunha da ocorrência

Telefone

Graciano

(44) 99704-3012

Mirian

(44) 99704-3012

Quem prestou primeiros socorros

Data

Mirian

27/08/2024

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

O aluno foi atendido pela monitora mirian

Ass.:

Sérgio Miranda

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 20365

Folha: 1 /

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

6 - Data Validade da Sanha

7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura do RN

9 - Número da Carteira

10 - Nome

N

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - UF

16 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

41

225124

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solução

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

34162

27 - Qd. Sólido

28 - Qd. Ausente

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (Sede ou Domicílio)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento

36 - Data

37 - H. Inicial

38 - H. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qd. Sólido

43 - Qd. Ausente

44 - Valor Unitário (R\$)

45 - Valor Total (R\$)

46 - Situação

47 - Qd. Part

48 - Código na Operadora

49 - Nome do Profissional

50 - Conselho Profissional

51 - Número no Conselho

52 - UF

53 - Código CBO

54 - Data de Realização de Procedimento em Séde

55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Observação / Justificativa

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

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

Impresso por: SP/ISADT

Data: 04/09/2024 07:30:38

Código: 6046729

Assinatura: 0000238

Comprov. INST. ADMINISTRATIVO

8586239



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

2 - Nº Guia no Prestador 20365

Folha: 1 / 1

1 - Registro AMB 000000	3 - Nº Guia Principal	6 - Data Validada de Serviço	7 - Número da Guia Atrelada para Operadora	12 - Assinatura e RN N
4 - Data de Autuação	5 - Serviço	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ANTONIO DA SILVA RAMOS	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 4362740	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 - Nome do Profissional 06
Dados do Solicitante / Prestador e Exame Solicitado				
21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 04/09/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tipo de Exame MEDICAMENTOS	25 - Descrição Sutura de pequenos ferimentos com ou sem desbridamento
26 - Tipo de Exame 22	27 - Código do Procedimento ou 72999999	28 - Descrição 30101794	29 - Código do Procedimento ou 72999999	30 - Descrição 30101794
Dados do Contratado				
31 - Código na Operadora 23876304000112	32 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	33 - Nome do Contratado	34 - Tipo de Contrato	35 - Modalidade de Exame ou Atendimento
Dados da Realização / Procedimento e Exame Realizado				
36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final	39 - Hora Inicial 38 - Hora Final	40 - Data 39 - Hora Inicial 38 - Hora Final	41 - Descrição	42 - Data 43 - Hora Inicial 44 - Hora Final
Identificação do(s) Profissional(is) Responsável(is)				
45 - Nome Real 46 - Nº Real	47 - Nome Real 46 - Nº Real	48 - Nome Real 46 - Nº Real	49 - Nome Real 46 - Nº Real	50 - Nome Real 46 - Nº Real
Assinatura do Responsável pela Autorização				
51 - Assinatura do Responsável pela Autorização	52 - Assinatura do Responsável pela Autorização	53 - Assinatura do Responsável pela Autorização	54 - Assinatura do Responsável pela Autorização	55 - Assinatura do Responsável pela Autorização
Assinatura do Profissional				
56 - Assinatura do Profissional	57 - Assinatura do Profissional	58 - Assinatura do Profissional	59 - Assinatura do Profissional	60 - Assinatura do Profissional
Assinatura do Contratado				
61 - Assinatura do Contratado	62 - Assinatura do Contratado	63 - Assinatura do Contratado	64 - Assinatura do Contratado	65 - Assinatura do Contratado
Assinatura do Profissional				
66 - Assinatura do Profissional	67 - Assinatura do Profissional	68 - Assinatura do Profissional	69 - Assinatura do Profissional	70 - Assinatura do Profissional
Assinatura do Contratado				
71 - Assinatura do Contratado	72 - Assinatura do Contratado	73 - Assinatura do Contratado	74 - Assinatura do Contratado	75 - Assinatura do Contratado
Assinatura do Profissional				
76 - Assinatura do Profissional	77 - Assinatura do Profissional	78 - Assinatura do Profissional	79 - Assinatura do Profissional	80 - Assinatura do Profissional
Assinatura do Contratado				
81 - Assinatura do Contratado	82 - Assinatura do Contratado	83 - Assinatura do Contratado	84 - Assinatura do Contratado	85 - Assinatura do Contratado
Assinatura do Profissional				
86 - Assinatura do Profissional	87 - Assinatura do Profissional	88 - Assinatura do Profissional	89 - Assinatura do Profissional	90 - Assinatura do Profissional
Assinatura do Contratado				
91 - Assinatura do Contratado	92 - Assinatura do Contratado	93 - Assinatura do Contratado	94 - Assinatura do Contratado	95 - Assinatura do Contratado
Assinatura do Profissional				
96 - Assinatura do Profissional	97 - Assinatura do Profissional	98 - Assinatura do Profissional	99 - Assinatura do Profissional	100 - Assinatura do Profissional

8586239

PRESCRIÇÃO.: 8658087 DATA: 27/08/2024 14:12
USUÁRIO....: PJPSSANTOS
ATENDIMENTO: 8586239 DT NASC: 08/08/2016 (8A 0M 20D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 508620 - ANTONIO DA SILVA RAMOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 27/08/2024 13:33 0 DIAS(S) INT

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:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

8586239

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 XYLOCAINA 2% S/V 20ML INJ (MPP)	1	ML		SC	AGORA	[27/08] . 14:12
Obs.: PARA SUTURA						

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 SUTURA DE FERIMENTO DE PEQUENAS DIMENSOES	1					[27/08] . 14:12
Obs.: SUTURA DE FCC EM REGIÃO PARIETAL DE COURO CABELUDO FIO 3-0, LUVA 7,5 REALIZDO LIMPEZA COM POLVIDINI CURATIVO OCLUSIVO APOS PROCEDIMENTO SME INTERCORRENCIAS						

VISITA HOSPITALAR

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

FIO 3-0
LUVA 7,5

PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS
CRM-PR: 34162

autografo de joao paulo da silva santos
Dt. Nasco 08/08/2016 5x M
Pront. 858620 Dt: 27/08/2024
Inst. adventista-Iap / Colégio AD
8586239

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abbocath nº		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)	01	Seringa Descartável s/ag. 5ml
	Agua Oxigenada - ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva - cm		Seringa Descartável s/ag. 10 ml
01	Agulha descartável 13x4,5	03	Compr. De gase 7,5x7,5 (setor)-un.		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/ag. 20 ml
01	Agulha descartável 40x12		Compr. De gase tipo queijo (45 cm)		Intracath infantil		Sonda de Aspição 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		Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley 3 vias nº
	Atadura algodão ortopédico 20 cm		Dreno pen rose nº 03	01	Luva esteril 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		Esparadapo - cm		PVPi degermante		KIT DREN Infantil
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)	01	PVPi tóxico		Xylocaina 2% s/vaso
	Cadafço - 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 30 (1129 T)		Seringa descartável s/ag. 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
Eletrocardiograma - CG	Punção abdominal	Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

19h. Criança admitida na PA infantil, acompanhada pela mãe, que sofreu queda. Apresentando ferimento na cabeça. Realizado curativo e punção de alta pós procedimento.

ALTA HS.

Carta de Alta
Enfermeiro
CORENPR 505

