

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Fernanda Cruz Modesto Coutinho
Nº da Carteirinha: 4.31.6781
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 15/04/2011

Nº da Guia: 20676



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/09/2024	16:48:00	Escada	Aula de outras matérias

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição
Aluna torceu o tornozelo descendo a escada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	04/09/2024

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 que prestou o primeiro atendimento. Foi feito o contato com o responsável.

Ass.: _____

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

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

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 20676

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

4 - Data de Autorização
5 - Série

6 - Data Validada da Série

7 - Número da Guia Attribuído pelo Operador

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Nome Social

12 - Atendimento a RIN
N

10 - Nome

FERNANDA CRUZ MODESTO COUTINHO

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora

14 - Nome da Contratação

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Nome no Contrato

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Atividade do Profissional Solicitante

SAMUEL MACHADO

06

28684

41

225270

28684

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Código do Atendimento

22 - Data de Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou

26 - Descrição

27 - Qx Solic.

28 - Qx Autoriz.

29 - Indicador de Cobertura Especial

30 - Valor Unitário (R\$)

31 - Valor Total (R\$)

1

22

10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

1

0

Dados do Contratante

29 - Código da Operadora

238763040001

30 - Nome do Contratante

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR

31 - Código CNES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atividade (atividade ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Registro de atendimento

37 - Saúde Ocupacional

38 - Data

39 - 14 Final

40 - Tabela

41 - Código do Procedimento

42 - Descrição

Dados da Empresa / Procedimentos e Exames Realizados

38 - Data

39 - 14 Final

40 - Tabela

41 - Código do Procedimento

42 - Descrição

43 - Qx Solic.

44 - Qx Autoriz.

45 - Valor Unitário (R\$)

46 - Valor Total (R\$)

Identificação (CPF) Profissional / Beneficiário

48 - CPF Prof

49 - CPF Benef

50 - Código da Operadora CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Cartão Profissional

53 - Número no Contrato

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Total de Procedimentos (R\$)

59 - Total de Taxas e Análises (R\$)

60 - Total Taxas de Materiais (R\$)

61 - Total de CPUE (R\$)

62 - Total de Medicamentos (R\$)

63 - Assinatura do Contratante

64 - Assinatura do Contratado

65 - Total (R\$)

66 - Total (R\$)

67 - Total (R\$)

68 - Total (R\$)

69 - Total (R\$)

70 - Total (R\$)

71 - Total (R\$)

72 - Total (R\$)

73 - Total (R\$)

74 - Total (R\$)

75 - Total (R\$)

76 - Total (R\$)

77 - Total (R\$)

78 - Total (R\$)

79 - Total (R\$)

80 - Total (R\$)

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

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

Impresso por: CIBABASZ

Data Hora: 06/09/2024 11:47:43

CPF/RA: 0602523

Assinatura: 0602523

Contrato: INST ADVENTISTA

8602523



Atendimento:	8602523	Pedido:	3045998	Ac. Number:	3815587
Registro / Nome:	FERNANDA CRUZ MODESTO COUTINHO				
Data de Nascimento:	15/04/2011	Idade:	13 anos, 4 meses e 19 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	04/09/2024 18:39:00			Laudado:	09/09/2024 10:55:44
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - PÉ ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento:	8602523	Pedido:	3045998	Ac. Number:	3815588
Registro / Nome:	FERNANDA CRUZ MODESTO COUTINHO				
Data de Nascimento:	15/04/2011	Idade:	13 anos, 4 meses e 19 dias	Sexo:	F
Pedido do Exame:	04/09/2024 18:39:00	Laudado: 09/09/2024 10:55:38			
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - TORNOZELO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8679753 DATA: 04/09/2024 18:38
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8602523 DT NASC: 15/04/2011 (13A 4M 22D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 642229 - FERNANDA CRUZ MODESTO COUTINHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/09/2024 17:45 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

TORÇÃO DE TORNOZELO HOJE DESCENDO AS ESCADAS
NEGA QUEDA
DEMABULA COM DIFICUDLAD E
EFO: LEVE EDEMA EM MLAELO ALTERAL SEM EQUIMOSE
ADM COMPLETA E DOLOROSA
NV PRESERVADO SEM CREPTOAÇÕES

PT: SOLICITO RX E REAVALIO

8602523

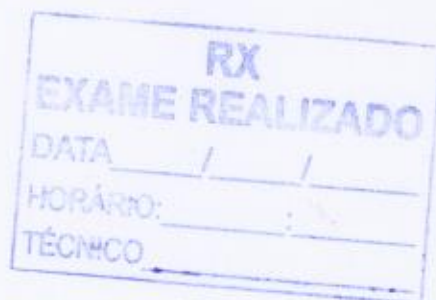
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

VISITA HOSPITALAR

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



CRM 28684
PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

PRESCRIÇÃO.: 8679810 DATA: 04/09/2024 19:09
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8602523 DT NASC: 15/04/2011 (13A 4M 22D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 642229 - FERNANDA CRUZ MODESTO COUTINHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/09/2024 17:45 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

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

CRM 28684

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
(Na ausência de etiqueta, preencher dados no bloco)

TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: Serenoide Cruz Medeiros DN: 15/11/71 Atendimento: 8679753 Data: 4/9/24

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)		Estensofix 20 cm		Sonda Foley 2 vias nº
	Agulha descartável 40 x 12		Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley 3 vias nº
	Agulha descartável 13x 4,5		Cateter Central		PVPi degermante		Sonda Uretral nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno de Torax nº		PVPi Iópico		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Eletrodo desc. de papel unidade		Clorexedina Alcoólica		Sonda Nasoenteral
	Atadura crepom 10cm		Equipo Macrogotas		Clorexidina Degermante		Bolsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom 20cm		Equipo Bomba Infusão (BIC)		Clorexidina Aquosa		Coletor Sistema Aberto
	Atadura gessada 10cm		Equipo BIC Foto		Seringa descartável s/ ag 3ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 20cm		Escalpe nº		Seringa descartável s/ ag 5ml		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/ ag 20ml		
	Canula end. S/balão nº		Lâmina de bisturi nº		Seringa Descartável s/ ag 50 ml		
	Malha Tubular nº		Lâmina p/ tricotomia		Seringa Insulina		

GASES E MONITORIZAÇÃO

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

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

4/9/24 - Pode quadro de FX de junções
torácicas, medido drenos de urina, segue de alto sopro, com secreção a ventilar
cór.

Liliane P. S. Correia
COREN/PR 673845 ENE

Dados do Aluno

Ano: **2024**

Data Matrícula: **23/07/2024**

Nome: **Fernanda Cruz Modesto Coutinho (6781)** Curso: **7º Ano - Ensino Fundamental** Turma: **EF7TA**
Sexo: **F** Data Nascimento: **15/04/2011** Nacionalidade: **Brasileira** Turno: **T**
Naturalidade: **Manaus** UF: **AM** Estado Civil: **Solteiro**
Endereço: **Avenida Germano Ritter, 30** Complemento:
Bairro: **Jardim Refúgio** Cidade: **Ivatuba** UF: **PR** CEP: **87130-000**
Cert. Nascimento: **00434101552011100041053001205312**
Cert. Nascimento Livro: Cert. Nascimento Folha:
Cert. Nascimento Termo:
Cert. Nascimento Cartório: **10º Registro Civil**
Cert. Nascimento Cidade: **Manaus** Cert. Nascimento UF: **AM**
Identidade: O. Exp: UF: Data: CPF: INEP
E-Mail: Cor/ Raça: **Branca** Religião: **Adventista do Sétimo Dia**
Tipo de Sangue/Fator RH: Convênio: Nº:
Telefones: WhatsApp: **44988550919** | WhatsApp: **44998111172** | WhatsApp: **44999650089** |
Autorizo Imagem: **Sim**



Dados do Pai

CPF: **916376862-34** Nome: **Taysson Lopes Coutinho** Naturalidade: **Manaus - AM** Nacionalidade: **Bras**
Nascimento: **29/10/1988** Estado Civil: **Casado** Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Avenida Germano Ritter, 30** UF: **PR** CEP: **87130-0**
Complemento: Bairro: **Jardim Refúgio** Cidade: **Ivatuba** Igreja:
Cx. Postal: E-Mail: **tcl.coutinho@gmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia**
Telefones: WhatsApp: **44988550919** |

Dados da Mãe

CPF: **953238302-63** Nome: **Karina Cruz Modesto Coutinho** Naturalidade: **Manaus - AM** Nacionalidade: **Bras**
Nascimento: **16/09/1989** Estado Civil: **Casado** Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Avenida Germano Ritter, 30** UF: **PR** CEP: **87130-0**
Complemento: Bairro: **Jardim Refúgio** Cidade: **Ivatuba** Igreja:
Cx. Postal: E-Mail: **kakau1609.kcm@gmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia**
Telefones: WhatsApp: **44998111172** |

Dados do Responsável Legal

CPF: **953238302-63** Nome: **Karina Cruz Modesto Coutinho** Naturalidade: **Manaus - AM** Nacionalidade: **Bras**
Nascimento: **16/09/1989** Estado Civil: **Casado** Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Avenida Germano Ritter, 30** UF: **PR** CEP: **87130-0**
Complemento: Bairro: **Jardim Refúgio** Cidade: **Ivatuba** Igreja:
Cx. Postal: E-Mail: **kakau1609.kcm@gmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia**
Telefones: WhatsApp: **44998111172** |

Dados do Responsável Financeiro

CPF: **953238302-63** Nome: **Karina Cruz Modesto Coutinho** Naturalidade: **Manaus - AM** Nacionalidade: **Bras**
Nascimento: **16/09/1989** Estado Civil: **Casado** Identidade: O. Exp: UF: Data Emissão:
Grau de Instrução: **Superior incompleto** Endereço: **Avenida Germano Ritter, 30** UF: **PR** CEP: **87130-0**
Complemento: Bairro: **Jardim Refúgio** Cidade: **Ivatuba** Igreja:
Cx. Postal: E-Mail: **kakau1609.kcm@gmail.com** Religião: **Adventista do Sétimo Dia**
Telefones: WhatsApp: **44998111172** |

Deferimento

Data: ____/____/____
[] Deferido [] Indeferido

Adriano Michael Gomes
Administrador Escolar - Ato nº 004/2023

Cássia de Sousa Barbosa
Secretário(a) - Ato nº 1.116.609/16

Responsável