

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Eduarda Sophia Souza Vieira
Nº da Carteirinha: 4.31.6506
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4



Data de Nascimento: 24/02/2010

Nº da Guia: 20817

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/09/2024	09:37:00	Escada	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Direito

Descrição
Aluna estava subindo a escada que sobe para seu bloco e torceu o joelho.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	10/09/2024

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/SAD 2 - Nº Guia no Prestador 20817

Folha: 1 / 1

1 - Registro ABRMP
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Sentença

6 - Data Validada da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador

8 - Nome do Beneficiário

9 - Nome da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional da Saúde

12 - Atendimento a PPI

13 - Código da Operação

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carimbo do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Código da Assistência

28 - Código do Procedimento

29 - Código CBO

30 - Nome do Contratado

31 - Código CBO

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocorrência ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - H. Inicial

38 - H. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Ordo

43 - Via

44 - Taxa

45 - % Red / Acresce

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Selo Rót

49 - Código na Consideração CPF

50 - Nome do Profissional

51 - Conselho Profissional

52 - Número no Conselho

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Total da Taxa e Aluguel (R\$)

56 - Total Geral (R\$)

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Contratado

59 - Assinatura do Contratado

60 - Assinatura da Responsável pela Autorização

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Assinatura do Contratado

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Contratado

65 - Assinatura do Contratado

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

Impresso por: HCSAMARITIA

Data Hora: 10/09/2024 12:29:20

Consultas: 0611842

Atendimento: 0611842

Consultas: INST ADVENTISTAS

8611842



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

2 - Nº Guia no Prestador 20817

Folha: 1 / 1

1 - Registro AtoS	3 - Nr. Guia Principal
000000	
4 - Data de Atendimento	6 - Data Validade da Semta

Nome do Beneficiário	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
4316506		EDUARDA SOPHIA SOUZA VIEIRA	

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado	16 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	41	225270	
15 - Nome do Profissional Solicitante	18 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho		
VINICIUS MEDINA GUIMARAES	06	4.0959		

21 - Cessão de Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	10/09/2024	
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição
1 - 22	40804054	RX - Joelho
2 - 20	90048253	TIPLATIL 20MG IMJ - CRISTALIA
3 - 20	90470800	NOVALGINA
4 - 20	90007131	ACSA DRETTILADA 10MG IMJ - ANL
27 - Qx Solic.	28 - Qx Autoriz.	
1	0	
1	0	
1	0	
1	0	

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNEIS
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9365230

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação do Acontecimento (incidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Plano de Encaminhamento do Atendimento								
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - CxRx	43 - Via	44 - Tec	45 - % Realiz. / Acusar.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Assinatura do Profissional Solicitante (Assinatura)	48 - Cx. Post.	50 - Código na Operadora/CPE	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Semta	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	59 - Total Taxas de Materiais (R\$)	60 - Total de CPME (R\$)	61 - Total de Medicamentos (R\$)	62 - Total de Exames (R\$)	63 - Total de Outros (R\$)	64 - Total de Outros (R\$)

65 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento	66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	67 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LAMACIDO	Data: 10/09/2024 20:22:18	Controlador: 8011842	Atendimento: 8011842	Controlador: INSET ADMINISTRATIVO
------------------------	---------------------------	----------------------	----------------------	-----------------------------------

8611842



EDUARDO SOPHIA SOUZA VIEIRA
Dt. Naso: 24/02/2010 Sx: F
Pront: 642723 Dt: 10/09/2024
INST. ADVENTISTA-IMP / COLEGIO ADVENT
8611842

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 gaze 7,5 x 7,5 (setor) - un		Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº
	Agulha descartável 25 x 7		Compr. de gaze tipo queijo (45cm)		Estensolix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº
	Agulha descartável 40 x 12		Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias nº
2	Agulha descartável 13x 4,5		Cateter Central		PVPi degemante		Sonda Uretral nº
			Dreno de Torax nº		PVPi tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Eletrodo desc. de papel unidade		Clorexidina Alcoólica _____ ml		Sonda Nasoenteral
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Equipo Macrogotas		Clorexidine Degemante _____ ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom 10cm		Equipo Bomba Infusão (BIC)		Clorexidina Aquosa _____ ml		Coletor Sistema Aberto
	Atadura crepom 20cm		Equipo BIC Foto				Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 10cm		Escalpe nº		Seringa descartável s/ag3ml		Cateter Tipo Óculos
	Atadura gessada 20cm	1	Fio Catgut simples nº	1	Seringa Descartável s/ag5ml		Xylcalina gel
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Mononylon nº		Seringa Descartável s/ag10ml		
	Cadavço - 100cm		Lamina de bisturi nº		Seringa Descartável s/ag20ml		
	Cânula end. Sinalão nº		Lâmina pl tricotomia		Seringa Descartável s/ag60 ml		
	Malha Tubular nº _____ cm				Seringa Insulina		

GASES E MONITORIZAÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Paciente sem febre em jejum. Diarria leve realizada
6x antes de chegar. N.C.P.M. e liberado para
N.C. por a dor não deve ser queixas

Aideci Alves Santana
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 000.992.048



Atendimento:	8611842	Pedido:	3049502	Ac. Number:	3819944
Registro / Nome:	EDUARDA SOPHIA SOUZA VIEIRA				
Data de Nascimento:	24/02/2010	Idade:	14 anos, 6 meses e 16 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	10/09/2024 12:53:00			Laudado:	12/09/2024 10:39:38
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	DANIELLE HORING GRUBERT				

RX - JOELHO DIREITO.

Articulação femorotibial com espaço articular preservado e estruturas ósseas adjacentes com aspecto esperado para a idade.

Articulação patelofemoral com anatomia normal.

Não se observa concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

Estruturas ósseas sem fratura desviada.

PRESCRIÇÃO.: 8694535 DATA: 10/09/2024 12:48
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8611842 DT NASC: 24/02/2010 (14A 6M 17D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 642723 - EDUARDA SOPHIA SOUZA VIEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/09/2024 12:28 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

FALSEIO EM JOELHO DIREITO HOJE

EF: DOR EM REGIÃO DE LCM, JOELHO ESTÁVEL, ADM COMPLETA, MECANISMO ESTENSOR INTEGRO, NEUROVASCULAR PRESERVADO

CD: RX

8611842

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

MEDICAMENTOS

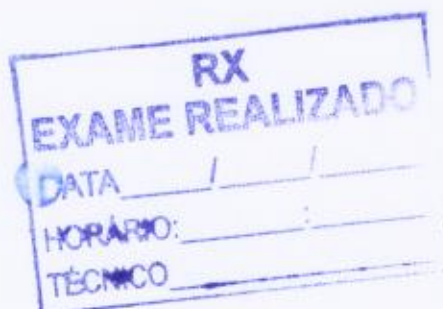
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[10/09]	12:49
-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ		1	AMPOLA				
3 C.C. TILATIL 20MG, FR/A, (EV, IM)	1	FR-AMPOLA		EV	AGORA	[10/09]	12:49
-> AGULHA DESC 40 X 12		1	UNIDADE				
-> SERINGA DESC S/AGULHA 03ML BICO LISO		1	UNIDADE				
-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ		1	AMPOLA				

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
4 CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGÊNCIA	1						

Danielle H. Grubert
Ortopedista
CRM/PR 45.480 RQE 34.133

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480



Nome do Paciente _____

Data de Nascimento _____ / _____ / _____

Convênio _____

Atendimento _____

Data do Atendimento _____ / _____ / _____

Origem

☐

SIATE

☐

SAMU

☐

HUMANA

☐

PROCURA ESPONTÂNEA

☐

OUTROS _____

Tipo de Ocorrência

☐

TRAUMA

☐

AGRESSÃO

☐

QUEDA

Mecanismo

☐

ATROPELAMENTO

☐

AUTO X CAMINHÃO

☐

CLÍNICO

☐

FAB

☐

QUEIMADURA

☐

QUEDA MOTO

☐

AUTO X AUTO

☐

ORTOPEDIA

☐

FAF

☐

AFOGAMENTO

☐

QUEDA BICICLETA

☐

OUTROS: _____

☐

AUTO X MOTO

☐

EJETADO ☐ SIM ☐ NÃO

NEUROLÓGICO

☐

AUSENTE

☐

CONSCIENTE

☐

CONFUSO

☐

AGITADO

☐

DESCONEXO

☐

INCOMPREENSÍVEL

RESPIRATÓRIO

☐

AUSENTE

☐

EUPNEICO

☐

TAQUIPNEICO

☐

BRADIPNEICO

☐

ASSISTIDA

CIRCULATÓRIO

☐

AUSENTE

☐

NORMOCARDICO

☐

BRADICARDICO

☐

TAQUICARDICO

VIAS AÉREAS

☐

LIVRE

☐

OBSTRUÇÃO PARCIAL

☐

OBSTRUÇÃO TOTAL

☐

EDEMA DE GLOTE

PELE

☐

NORMAL

☐

PALIDEZ

☐

CIANOSE

☐

ICTERÍCIA

☐

QUENTE/SECA

☐

FRIA/PEGAJOSA

DADOS VITAS

HORÁRIO: _____

PA: _____

BPM: _____

FR: _____

SPO2: _____

T°: _____

Glasgow _____



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Escala de Dor: _____

COMORBIDADES

☐

HAS

☐

DM

☐

CARDIOPATA

☐

NÃO

☐

NEFROPATA

☐

HEPATOPATA

☐

OUTRAS

Qual(is) _____

ALERGIAS

☐

SIM

PRINCIPAIS LESÕES

☐

ESCORIAÇÃO

☐

CONTUSÃO

☐

LACERAÇÃO

☐

LUXAÇÃO

☐

FRAT.FECHADA

☐

FRAT.EXPOSTA

☐

F.C.C

LOCAL: _____

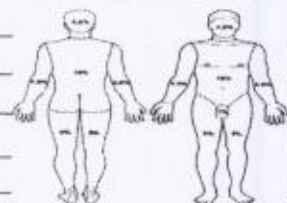
QUEIMADOS

TIPO DE QUEIMADURA: () TEMPERATURA () RADIAÇÃO () QUÍMICA

() ELÉTRICA

() BIOLÓGICA

PROFUNDIDADE OU GRAU: () 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU


☐

Internação

☐

Alta

☐

Óbito

☐

Contra referência

Responsável: Coren:

PRESCRIÇÃO.: 8694594 DATA: 10/09/2024 13:12
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8611842 DT NASC: 24/02/2010 (14A 6M 17D)
CONVÊNIO....: INST. ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 642723 - EDUARDA SOPHIA SOUZA VIEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/09/2024 12:28 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: VINICIUS MEDINA GUIMARAES 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

HD: ESTIRAMENTO LCM

PLANO TERAPEUTICO:
ALTA COM ANALGESIA + JONES
ATESTADO 7 DIAS
GELO NO LOCAL
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

Danielle H. Grubert
Ortopedista
CRM/PR 45.480 RQE 34.133

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480