

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Erick Pereira Rossi

Nº da Carteirainha: 4.36.2368

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

Data de Nascimento: 19/01/2011

Nº da Guia: 22848



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/11/2024	11:13:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Direita

Descrição

Estava na aula de Educação Física jogando basquete e chocou-se com outro aluno.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Graciano Peti Xavier Calembela	(44) 3112-3637

Quem prestou primeiros socorros	Data
Graciano Peti Xavier Calembela	05/11/2024

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

Necessita de radiografia

ERICK PEREIRA ROSSI
19/01/2011 M. 13x9m 18d
CLINICA AD N. Cart 4362368

847707
Dta Ped08/11/2024
Atend: 8716100



3088913

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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 22848

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semia

6 - Data Validada da Semia

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador

8 - Número da Carteira

4362368

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ERICK PEREIRA ROSSI

11 - Número da Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RPA
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 - Número no Conselho
45480

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

CRM 45480

21 - Carteira do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação
05/11/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento
na Item Assistência
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qx Solic. 28 - Qx Autoriz.
1 0

Dados do Contratado Especialista

29 - Código na Operação
23876304000112

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

31 - Código CNEES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença preexistente)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimento e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Início

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtdm 43 - Via 44 - Tec.

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

47 - Valor Total (R\$)

Identificação pelo Profissional (Assinatura)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operação/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Semia

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (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

Impresso por: HCSBAPRTSTA

Data: 06/11/2024 12:28:30

Contrato: 854471

Atendimento: 8716182

Centro: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8716182

2 - Nº Guia no Prestador **22848**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	
4 - Data de Autorização	5 - Sertua
6 - Data Vencido da Sertua	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário			12 - Participação RPA
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
4362368		ERICK PEREIRA ROSSI	N
Dados do Solicitante			
14 - Número de Endereçamento			

13 - Código da Operação	23876304000112	14 - Nome do Profissional	DANIELLE HORING GRUBERT				
15 - Nome do Profissional Societário	DANIELLE HORING GRUBERT						
16 - Conselho Profissional	06	17 - Número do Cartão	45480	18 - UF	41	19 - Código CBO	225270
20 - Assinatura do Profissional Societário							
21 - Cédula do Alvará	22 - Data da Solicitação	23 - Inscrição Criminal					
2	05/11/2024						
Dados da Solicitação e Exame Solicitado							
24 - Cédula do Alvará	25 - Data da Solicitação	26 - Inscrição Criminal					
27 - CI-Solic	28 - CI-Matut						

	26 - Tabua 27 - Caderno de Proveniência do "Caramuru" 28 - Memorial 30723420		1	0
1	22	Faturas e/ou lizescos de falanges (intrafalangeas) - redução Incurse		

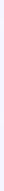
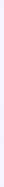
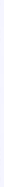
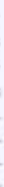
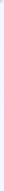
Dados do Contrato Especial		31 - Código CHES
29 - Código da Operação	30 - Nome do Contratado	9365230
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
Dados de Assinamento		
32 - Tipo Assinamento	33 - Indicação de Adquirente (ocorrência ou duração indeterminada)	35 - Método de Encerramento do Atendimento
	34 - Tipo de Consulta	

[illegible]

Identificação do(a) Profissional (Obrigatório)			
40 - Reg. Inf.	41 - C.R. Fun.	50 - Código na inscrição/C.F.P.	51 - Nome do Profissional
		52 - Causido Profissional	53 - Número na Causido
		54 - U.F.	54 - Código C.I.D.

56 - Data de Realização de Inoculamento em Bactm 57 - Ausência de Benefícios ou Inaproveitável

1.  3.  5.  7.  9. 

2.  4.  6.  8.  10. 

58 - Observações / Justificativa

50 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	70 - Total Taxas de Matrículas (R\$)	80 - Total de CUNTA (R\$)	90 - Total de Medicamentos (R\$)	00 - Total Gastos Materiais (R\$)	05 - Total Caixa (R\$)
06 - Assentados do Respostivo pelo Autopção			07 - Assentados do Beneficiário ou Responsável		08 - Assentados do Corrente	

PRESCRIÇÃO.: 8834995 DATA: 05/11/2024 12:44
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8716182 DT NASC: 19/01/2011 (13A 9M 18D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 647707 - ERICK PEREIRA ROSSI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/11/2024 12:24 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

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA COM BOLA EM 2º QDE, JA VEM COM RX FEITO NO HOSPITAL

EFO
PELE INTEGRAL
ADM LIMITADA A DOR
SEM EDEMA OU EQUIMOSE

TALA METALICA
RETORNO AMBULATORIAL
ORIENTO PACIENTE E FAMILIAR
A DISPOSIÇÃO

8716182

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 FRATURA DE FALANGE DE MAO - RED INCRUENTA	1					[05/11] . 12:44

VISITA HOSPITALAR

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

CRM 45480
DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8716182 Prontuário: 647707 SAME:
Paciente..... : ERICK PEREIRA ROSSI
Endereço..... : RUA MOGNO
Bairro..... : JARDIM PINHEIROS
Cidade..... : MARINGA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS PROCEDIMENTO
Data Saída..... : 05/11/2024

Hora Atend: 12:24 Data Atend: 05/11/2024
Idade: 13 a

UF.: PR CEP: 87043627
Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM

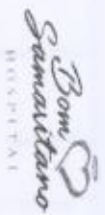
Hora Saída : 12:47

Prestador da Evolução Médica:

DANIELLE HORING GRUBERT

 *CRM 45480*

DANIELLE HORING GRUBERT / 45480
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



ERICK PEREIRA ROSSI
Societário
Nome: GISELY INACIO PEREIRA
CPF: 01.05.11/2024
CNPJ: 06.947.787
CLINICA ROYENT / CLINICA ROYENT

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
	Aguilha descartável 25 x 7		Compr. de gaze tipo queijo (45cm)		Estensoft 20 cm		Sonda Foley 2 vias nº
	Aguilha descartável 40 x 12		Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley 3 vias nº
	Aguilha descartável 13x 4,5		Cateter Central		PVPi degemante		Sonda Uretral nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno de Torax nº		PVPi Itopico		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Eletrodo desc. de papel unidade		Clorhexidina Alcolica ml		Sonda Nasoenteral
	Atadura crepom 10cm		Equipo Macrogotas		Clorhexidine Degemante ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom 20cm		Equipo Bomba Infusão (BIC)		Clorhexidine Aquosa ml		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		Fixador Sonda Naso
	Cânula end. S/balão nº		Lâmina de bisturi nº		Seringa descartável s/ag 50 ml		Fixador de Tubo endotraqueal
	Malha Tubular nº cm		Lâmina pl tricotomia		Seringa Insulina		

GASES E MONITORIZAÇÃO

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

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Paciente iniciou ao 156 com Jovens na mão direita
200.00 Jovens toda metabólica e estado de pele avermelhada.
em stopada.

Dados do Atendimento

Atendimento: 8716182 Data/Hora: 05/11/2024 12:24 Prioridade: Baixa
Paciente: 647707 - ERICK PEREIRA ROSSI Sexo: M Nasc.: 19/01/2011 (13a 9m 18d)
Prestador: 7735 - DANIELLE HORING GRUBERT Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 98 - PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clinica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: REFERE TRAUMA HOJE EM MAO DIREITA 2° QDD

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT° 98 R° 18

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 110 x 60 mmHG Pulso: 95 bpm Temperatura: 36,6 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distóxico

Menarca:

Últ. Menstruação:

Nº de Partos:

1º Congresso Sexual:

Higiene Bucal: Boa

Cidade:

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒

Bebe Alcool? Sim ☐ Não ☒

Fumante? Sim ☐ Não ☒

Dor? Sim ☐ Não ☒

Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒

Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒

UF: Hospital: VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: