

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Clara Nunes de Andrade

Nº da Carteirinha: 11.1.13272

Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 11/02/2018

Nº da Guia: 23838

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/11/2024	13:15:00	Banheiro do Escolar	Escovando os Dentes

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Dentes Inferiores

Descrição

Monitor relata que a menor estava escovando os dentes, a mesma escorregou, caindo no chão do banheiro, bateu a boca e empalou a escova de dente na região molar inferior da boca. Apresenta sangramento moderado. Avaliada pela dentista Dra. Elda Cardoso que encaminhou para o pronto socorro.

Testemunha da ocorrência

Jorge Antonio

Telefone

(55) 99200-4785

Quem prestou primeiros socorros

Gabrielle Souza

Data

29/11/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HUS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Observações

Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Joselania Ramos Pazette Fagundes

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: 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

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: *Ana Clara Nunes de Andrade*
Nº da Carteirainha:
Instituição: *FAP - FACULDADE ADVENTISTA DO PARANÁ*



Data de Nascimento:

Nº da Guia:

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
<i>29/11/2024</i>	<i>13:15</i>	<i>Banheiro da Escola</i>	<i>Escorrido o Dente</i>

O que aconteceu

Partes do corpo

Monitora relata que a menina estava escorrido os dentes, a mãe chegou, correndo no chão, bateu a boca e empalou o escorrido na região molar inferior.

Descrição

Testemunha da ocorrência

Telefone

Serge Antonio

5599200-4785

Quem prestou primeiros socorros

Data

Colville Souza

29/11/24

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hosp. Beau Samaritano

AV. Independência

Observações

Encaminhado para Análise médica e conduta

Ass.: *Josertania Ramos Pazette Fagundes*
COREN-PR 173102 - ENF

Nome (quem registrou a ocorrência no AMA/manual)

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Admission Estamos com Internet disponível

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: *Aluna Beatriz da Conceição*
 N° da Carteirainha:
 Instituição: *174 - FARMÁCIA ADVENTISTA DE CURITIBA*



Data de Nascimento:

N° da Guia:

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
<i>21/11/2019</i>	<i>13:15</i>	<i>Bombas de Emergência</i>	<i>Primeiros socorros</i>

O que aconteceu

Partes do corpo

Doente, vítima de queda, apresentando lesões no membro superior direito, com hematomas e lacerações. Foi encaminhado para o Hospital de Emergência para atendimento.

Descrição

Testemunha da ocorrência

Telefone

Dr. Roberto

3347 122 4943

Quem prestou primeiros socorros

Data

Dr. Roberto

21/11/19

Local de atendimento

Endereço

N° Bairro

Telefone

Hosp. Bom Jesus

Av. Francisco

Observações

Exame realizado com resultado satisfatório e encaminhado para tratamento.

Ass.: *Josertania Ramos Pazette Fagundes*
 COREN-PR 173102 - ENF

Nome (quem registrou a ocorrência no AMA/manual)

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
 Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070
 Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Dr. Roberto

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

2 - Nº Guia no Prestador 8756779

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

2 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sessão

6 - Data Válida da Sessão

7 - Número da Guia Emitido pela Operadora

Nome do Beneficiário

8 - Número da Carteira

0000000

9 - Validação da Carteira

10 - Nome

ANA CLARA NUNES DE ANDRADE

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Nome do Solicitante

13 - Código de Operadora
23876304000112

14 - Nome da Operadora

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

HEMINE HUSSEIN SALEM

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

036103

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Eduarda Fregoneis
CRM-SP 32324

21 - Código do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

29/11/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item do Orçamento

22

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - QI Solic

1

28 - QI Autoriz

0

Dados do Contrato Encadeado

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome da Contratada

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNEIS
9365230

Dados de Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Assistência (dentado ou dorso)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução, Procedimentos e Exames Realizados

36 - Unis

37 - H. Inicial

38 - H. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Unis

43 - Unis

44 - Tds

45 - % Total Atende

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do Profissional Responsável

48 - Cui Part

49 - Cui Part

50 - Código de Operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Assinatura do Contratado

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativa

59 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

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

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

60 - Total de Taxas e Autôgrafos (R\$)

51 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total da CPME (R\$)

63 - Total da Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

Impressão por: 78041514

Impressão por: 78041514

Impressão por: 78041514

Impressão por: 78041514

Impressão por: 78041514

8756806

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

2 - Nº Guia no Prestador 8756779

Folha: 1 / 1

1 - Ração ANS
000000

3 - Nr Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador

8 - Nome do Beneficiário
00000000

9 - Validade do Contrato

10 - Nome
ANA CLARA NUNES DE ANDRADE

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura a R/R
N

13 - Código de Operadora

23876304000112

14 - Nome da Contratada

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO EDUARA F. FREGONEIS MOSCARDI

16 - Categoria Profissional

06

17 - Número no Conselho

036344

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Centro de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

06/01/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Item
1 22
2 72999999

25 - Código do Procedimento ou

26 - Descrição
RX - Osso da face
MEDICAMENTOS

27 - Q.Sob.

1

28 - Q. Autor.

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 (Acidente ou doença relatavelidade)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo do Exame/Exame do Atendimento

36 - Data

37 - 1º Inicial

38 - 1º Final

39 - 1ª Hora

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - CBO

43 - Via

44 - 1º

45 - 2º Rod / Apoio

46 - Valor Unid. (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Gr. Pac.

49 - Gr. Pac.

50 - Código na Operadora/CI

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário e do Responsável

58 - Observações (Justificativas)

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Horas e Abordagens (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de Cópia (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Ouros Médicos (R\$)

65 - Total Ouros (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Correlato

Impresso por: KIMISSI V/A

Data Hora: 06/01/2025 08:45:21

Contato: 081758808

Assinatura: 8756779

Endereço: CLAUDEA A.201 N.1011A - CL. 42

87566806



Atendimento:	8756806	Pedido:	3102743	Ac. Number:	3886309
Registro / Nome:	ANA CLARA NUNES DE ANDRADE				
Data de Nascimento:	11/02/2018	Idade:	6 anos, 9 meses e 17 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	29/11/2024 14:47:00			Laudado:	29/11/2024 15:47:07
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	PLANTAO EDUARA F. FREGONEIS MOSCARDI				

RX - OSSOS DA FACE.

Artefato radiopaco projetando-se em cavidade oral, com extremidade distal se estendendo até topografia anterior de C1.

Seios paranasais sem sinais de obliteração

Cornetos nasais normotróficos

Sem desvio de septo significativo.

PRESCRIÇÃO.: 8893512 DATA: 29/11/2024 14:42
USUÁRIO.....: PEFFMOSCARDI
ATENDIMENTO: 8756806 DT NASC: 05/05/2013 (11A 6M 26D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 650187 - ANA CLARA NUNES DE ANDRADE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/11/2024 14:20 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO EDUARA F. FREGONEIS MOSCARDI
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

8756806

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX CRANIO OSSOS DA FACE:M.N. - F.N. - LAT. - HIRTZ	1						
Justificativa.: corpo estranho em cavidade oral a esquerda							

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML FRS	1	FRASCO		EV	AGORA	[29/11]	14:43 15:40
3 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[29/11]	14:43 15:40
Obs.: fazer 1,1ml							

|-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ

1 AMPOLA

4 C.C. TRAMAL 100MG 2ML INJ (MPP)

Justificativa.: MPP

Obs.: 22mg

1 AMPOLA

EV AGORA

[29/11]

14:46

16:10 Clara

|-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML
SISTEMA FECHADO

1 FRASCO

VISITA HOSPITALAR

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

Soluto volucre 10ml

PLANTAO EDUARA F. FREGONEIS
Eduara F. FREGONEIS MOSCARDI
CRM-PR 36344-PR-036344

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8756806 **Prontuário:** 650187 **SAME:** **Hora Atend:** 14:20 **Data Atend:** 29/11/2024
Paciente..... : ANA CLARA NUNES DE ANDRADE **Idade:** 6 a
Endereço..... : ESTRADA ACOPIARA
Bairro..... : JARDIM ALVORADA
Cidade..... : MARINGA **UF..:** PR **CEP:** 87035275
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC **Plano....:** CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S015 - FERIMENTO DO LABIO E DA CAVIDADE ORAL
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saida..... : 29/11/2024 **Hora Saida :** 17:53

Prestador da Evolução Médica: 5051 **PLANTAO EDUARA F. FREGONEIS MOSCARDI**

De 22 gotas VO se dor ou febre de 6/6h
Cetoprofeno 22 gtas VO de 8/8h por 3 dias
mantenho medicações do bucomaxilo
oriento sinais de alarme, retorno se piora
mãe ciente


Eduara Fernandes Fregoneis
Pediatria
CRM-PR 36344 RQE 31185

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8756806 **Prontuário:** 650187 **SAME:** **Hora Atend:** 14:20 **Data Atend:** 29/11/2024
Paciente..... : ANA CLARA NUNES DE ANDRADE **Idade:** 6 a
Endereço..... : ESTRADA ACOPIARA
Bairro..... : JARDIM ALVORADA
Cidade..... : MARINGA **UF...:** PR **CEP:** 87035275
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC **Plano...:** CLINICA ADVENTISTA ENFERI
CID Principal..... : S015 - FERIMENTO DO LABIO E DA CAVIDADE ORAL
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 29/11/2024 **Hora Saída :** 17:53

Prestador da Evolução Médica: 5051 **PLANTAO EDUARA F. FREGONEIS MOSCARDI**

HDA

Paciente veio trazida pelo por responsavekk da escola, refere que menor estava realizando higiene oral, e caiu de nível appos se pendurar com escova de dente em cavidade oral, escova permanece fixa em região molar a esquerda, pouco sangramento, chorosa

EXAME FISICO

EF: BEG, afebril, ativo, eupneica
AC: BRNF 2T S/S
AP: MV+ S/RA
ABD: plano, flácido, rha+, indolor a palpação
otoscopia: escova fixa em regio molar esquerda
otoscopia: normal
perfusão < 2seg
neuro sem sinais meningeos

DIAGNOSTICO

corpo estranho
fcc

DIAGNOSTICO - HISTORICO

corpo estranho
fcc

TRATAMENTO

solicito avaliação bucomaxilo
rx face
novaginal
rx face
paciente foi abordada pelo bucomaxilo facial, retirado corpo estranho, com sutura do ferimento , foi prescrito alivium se dor
alta após medicação
1. Novamox 400mg+57mg/5ml.
De 7,5ml VO de 12/12h por 7 dias

2. Novalgina



PREScrição Médica e Relatório de Enfermagem Pronto Socorro

[illegible]

Na ausência de etiqueta de identificação,
descrever nome completo e data de
nascimento do paciente

FO - FORMULÁRIO
TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Bom
Samaritano

Sector de Origem: PAE	Data: 29/11/2024	Horário Saída:	Sector de Destino: CC	Horário Chegada:
Diagnóstico:				
Precaução:	☒ Padrão () Contato () Gotículas () Aerosóis () Protetor () Vigilância Epidemiológica			
Transição de Cuidados:				
Protocolo	☒ Não () Sim Qual: () SEPSIS () AVC () DOR TORÁCICA			
Alergia	☒ Não () Sim Qual:			
Nível de consciência	☒ Acordado ☒ Consciente () Confuso () Comatoso Obs:			
Medidas de Suporte	☒ Ar Ambiente cateter Nasal: _____ litros Macro: _____ litros Venturi: _____ % MAF: _____ litros			
	VM: () TOT () TOT	Fluxo:	PEEP:	FIO2:
	() Sedação	Medicação:		
	() Drogas Vasotivas	Medicação:		
	() Soroterapia			
Dispositivos	Acesso venoso: ☒ Periférico () PICC () Portocath () Central Local: MSE n° 24			
	() SVD () SNE () SNG () Ostomia. Qual?	Dreno: () Não () Sim	Tipo:	Local:
Dietas	() Jejum () VO () Enteral () Parenteral	Prescrição da Dieta:		
Pele	☒ Integra () Ferida Operatória () LPP. Local:	Fístula: () MSD () MSE		
Pareceres pendentes:	() Sim ☒ Não	Qual:		
Exames pendentes:	() Sim ☒ Não	Qual:		
Recomendações Assistencial	() Padrão Respiratório:			
	() Risco de Broncoaspiração:			
	() Risco de Queda:			
Transporte Seguro:				
	Origem: PAE	Destino:		
	FC: 80 bpm	FR: 22 rpm	PA: — mmHg	FC: _____ bpm
	T: 36,2 °C	SPO2: 100%	Dor: — BCF: —	T: _____ °C
	Mewst/ Pews/ Meows:	Aldrete:	Mewst/ Pews/ Meows:	Aldrete:
Sinais Vitais	Classificação: ☒ Baixo Risco () Médio Risco () Alto Risco			
Carimbo e Assinatura do Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Médico - Origem				Carimbo e Assinatura do Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Médico - Destino
Renata Moser ENFERMEIRA COREN-PR 650523				

Is ausência de etiqueta de identificação, descrever torre completo e data de nascimento do paciente

FO - FORMULÁRIO
TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Domus Samaritana
HOSPITAL

Previamente ao transporte o paciente deverá ser avaliado e classificado como de baixo, médio ou de alto risco, considerando as condições clínicas, conforme avaliação médica ou quadro abaixo:

CLASSIFICAÇÃO	CONDIÇÕES CLÍNICAS	COMPOSIÇÃO MÍNIMA DE PROFISSIONAIS	MATERIAIS E MEDICAMENTOS
Alto Risco (A)	Clientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 48 horas e que não sejam dependentes de oxigenoterapia.	Maqueiro	Cadeira de Rodas Maca, Berço ou Incubadora de Transportes ótrois
Médio Risco (B)	Clientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 24 horas, porém com necessidade de monitorização hemodinâmica ou oxigenoterapia.	Maqueiro / Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro	Cadeira de Rodas Maca, Berço ou Incubadora de Transporte Monitor multiparamétrico Cilindro de Oxigênio
Baixo Risco (C)	Cliente em uso de droga vasoativa e/ou assistência ventilatória mecânica e todos os encaminhados para UTI.	Maqueiro / Enfermeiro / Médico	Maca, Berço ou Incubadora de Transporte Monitor multiparamétrico Cilindro de Oxigênio Mala de Transporte Ventilador de Transporte Bomba de Infusão Ambu e Laringoscópio