

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Elizama Ribeiro
Nº da Carteira: 11.4.223597
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 13/02/2007

Nº da Guia: 24579

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
23/02/2025	21:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna relata que estava participando de um jogo de vôlei, ao receber a bola a mesma bateu no 1º dedo da mão esquerda, torcendo-o para trás. Relata dor intensa no momento do impacto. Apresenta dificuldade de mobilidade, edema mais equimose local. Relata dor ao exame físico.

Testemunha da ocorrência

Cassia

Telefone

(21) 97962-4180

Quem prestou primeiros socorros

Enfª Joserlania Pazette

Data

24/02/2025

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

Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 10.000.000.000

Joserlania 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:
<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

2 - Nº Guia no Prestador 24579

Folha: 1 / 1

1 - Inscrição ANS	2 - Nr. Cód. de prior. pad.
000000	
4 - Data do Matriculatio	5 - Sexo
6 - Data Validade da Norma	7 - Número da Guia Admissio para Licenciatura

1142223597	8 - Número da Carteira	9 - Nome da Carteira	10 - Nome	11 - Número de Cartão Nacional de Suporte	12 - Nome em Inglês
			ELIZAMA RIBEIRO		N

13 - Nome do Prestador Solicitante	14 - Nome do Contratado	15 - Número do Contrato	16 - Caudex Profissional	17 - Número no Caudex	18 - I.F.P.	19 - Códigos CBO	20 - Assinatura do Prestador Solicitante
PLANTAO JOHANN MATTHEUS G. GELHARDT	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	23876304000112	06	41325	41	225125	

21 - Caderno de Manuseio	22 - Data de Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	25/02/2025	
		24 - Data de Solicitação
		25 - Data de Solicitação

24 - Total	25 - Código do Procedimento ou Item Fiscal	26 - Classificação
1	10101039	Consulta em pronto socorro
		1
		0

União do Comércio Eletrônico	29 - Código de Operação 23876304000112	30 - Nome do Contribuinte HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230
------------------------------	---	---	-----------------------------

32 - Teu Alimento	34 - tipo de Comida	36 - Método de Esvaziamento do Alimento
33 - Hidratação de Molares (depende da espécie e da comida)		

Exatidão da Escalação: Precisações e Escalas Realizadas

38 - Data	39 - Hora	40 - Escalação de Precisações	41 - Descrição
37 - Hora	38 - Hora	39 - Hora	40 - Hora

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Lote 45 - Pos. / Área: 46 - Vela Utilizada (PS) 47 - Vela (cm) (PS)

Identificação do(s) Prestador(es) Especializado(s)			
43 - Sen. Rod	44 - Cof. Part	50 - Código de inscrição do CFP	51 - Nome do Profissional
		52 - Classificação Profissional	53 - Número no Conselho
		54 - UF	64 - Cargo CFP

[illegible]

59 - Total Provisões (R\$)	60 - Total de Trans e Aquis (R\$)	55 - Total Tercos de Mestrado (R\$)	62 - Total do QPME (R\$)	63 - Total de Indicações (R\$)	64 - Total Gastos Médicos (R\$)	05 - Total GCM (R\$)
06 - Adquiridos ou Responsáveis pela Autopagado		67 - Assurances do Beneficiário ou Responsável		68 - Assurances do Correnteiro		



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

2 - Nº Guia no Prestador **24579**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data da Autorização

5 - Semio

6 - Data Validação da Semio

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Nome da Clínica

1142223597

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ELIZAMA RIBEIRO

11 - Número da Carteira Nacional de Saúde

12 - Adesão a RDT
N

13 - Código da Operação

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data de Solicitação

26/02/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Q1 Solte

28 - Q2 Autoriz

29 - Q3 Valor

30 - Q4 Valor

31 - Q5 Valor

32 - Q6 Valor

33 - Q7 Valor

34 - Q8 Valor

35 - Q9 Valor

36 - Q10 Valor

37 - Nome do Contratado

23876304000112

38 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

39 - Código DNES

9365230

40 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tipo de Procedimento

40 - Descrição

41 - Q1 Valor

42 - Q2 Valor

43 - Nome do Contratado

23876304000112

44 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

45 - Código DNES

9365230

46 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tipo de Procedimento

40 - Descrição

41 - Q1 Valor

42 - Q2 Valor

43 - Nome do Contratado

23876304000112

44 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

45 - Código DNES

9365230

46 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tipo de Procedimento

40 - Descrição

41 - Q1 Valor

42 - Q2 Valor

43 - Nome do Contratado

23876304000112

44 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

45 - Código DNES

9365230

46 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tipo de Procedimento

40 - Descrição

41 - Q1 Valor

42 - Q2 Valor

43 - Nome do Contratado

23876304000112

44 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

45 - Código DNES

9365230

46 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tipo de Procedimento

40 - Descrição

41 - Q1 Valor

42 - Q2 Valor

8845563



Atendimento:	8845563	Pedido:	3139132	Ac. Number:	3932009
Registro / Nome:	ELIZAMA RIBEIRO				
Data de Nascimento:	13/02/2007	Idade:	18 anos, 0 mês e 10 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	25/02/2025 07:28:00			Laudado:	26/02/2025 10:11:12
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PEDRO FATTURI MORETZ SOHN				

RX - MÃO ESQUERDA 3 INCIDÊNCIAS

Estruturas ósseas íntegras, sem sinais de fraturas ou luxações evidenciadas pelo método.

RESCRIÇÃO.: 9030718 DATA: 25/02/2025 07:27
USUÁRIO.....: PFMSOHN
ATENDIMENTO.: 8845563 DT NASC: 13/02/2007 (18A 0M 13D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 655559 - ELIZAMA RIBEIRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/02/2025 06:47 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

8845563

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1					
Justificativa.: MAO DIREITA (POLEGAR) / AP + P						

VISITA HOSPITALAR

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

Pedro Fatturi Moretz Sohn
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR: 36954 RQE: 30094

PEDRO FATTURI MORETZ SOHN
CRM-PR: 36954

EXAME REALIZADO
DATA: / /
TÉC. RADIOLOGIA

PRESCRIÇÃO.: 9030737 DATA: 25/02/2025 07:49
USUÁRIO....: PFMSOHN
ATENDIMENTO: 8845563 DT NASC: 13/02/2007 (18A 0M 13D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 655559 - ELIZAMA RIBEIRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/02/2025 06:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERE TRAUMA EM POLEGAR DIREITO HÁ 02 DIAS, REFERE DOR AO MOBILIZAR 1 QDD. SEM OUTRAS QUEIXAS

EXAME FÍSICO MÃO DIREITA: SEM EDEMA, SEM EQUIMOSE, SEM DEFORMIDADE APARENTE, ADM PRESERVADA, NEUROVASC PRESERVADO

AO RX: SEM SINAIS DE FRATURAS AGUDAS

CONDUTA: ANALGESIA
AINE
GELO
ORIENTAÇÕES EM GERAL
RETORNO SE NECESSÁRIO
ALTA DA ORTOPEDIA

PEDRO FATTURI MORETZ SOHN
CRM-PR: 36954

Ass 36954

TAXA DE SAL

ELIZAMA RIBEIRO
Sociedade: ROLLEI, KRUEGER RIBEIRO
CNPJ: 06.955.522/2007-01, 28.545.151-0
INSTRUMENTAÇÃO / COLEÇÃO ADVENTIST



0008845563 Co: 1142223597

Abocath n°	Compr. de gase 7,5 x 7,5 (setor) - un	Luva estéril n°	Sonda Aspiração n°			
Água Oxigenada - ml	Compr. de gase tipo queijo (45cm)	Estenógraf 20 cm	Sonda Foley 2 vias n°			
Agulha descartável 25x7	Comp. Cirúrgica estéril	Polifix Padrão	Sonda Foley 3 vias n°			
Agulha descartável 40x12	Cateter Central	PVP1 degermante	Sonda Uretral n°			
Alcool Iodado - ml	Dreno de Torax n°	PVP1 tóxico	Sonda Nasogástrica longa n°			
Atadura algodão ortopédica 10cm	Eletrodo desc. de pape 1- unidade	Cloroexedina Alcoólica	Sonda Nasointestinal			
Atadura algodão ortopédica 20cm	Equipo Macrogotas	Seringa descartável 5/403ml	Bolsa Coletora Sistema Fechado			
Atadura crepom (PS/CC) 10cm	Equipo Bomba	Seringa Descartável 5/405ml	Coletor Sistema Aberto			
Atadura crepom (PS/CC) 20cm	Equipo BIC Foto	Seringa Descartável 5/407ml	Tala de Alumínio P () M () G ()			
Atadura gessada 10cm	Escalepe n°	Seringa Descartável 5/420ml	Cateter Tipo Óculos			
Atadura gessada 20cm	Fio Catgut simples n°	Seringa Descartável 5/460 ml	Xylocaina gel			
Benzina - ml	Fio Mononylon n°	Seringa Insulina				
Bolsa de oclotomia descartável	Lâmina de bisturi n°	Lanceta				
Cadango - 100cm	Lâmina pl tricotomia					
Canula end. Stetho n°	Malha Tubular n° cm					
Canula end. Chato n°						
Aplicação EV	Drenagem tor ática	Oxigênio: Início: Fim:	Sondagem vesical de sítio			
Aplicação IM	Eletrcardiograma	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora			
Aspiração	Glicemia Capilar	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica			
Cardioversão elétrica	Ventilação Mecânica: Início: Fim:	Punção Lombar	Traqueostomia			
Curativo P () M () G ()	Monitorização Cardíaca: Início: Fim:	Punção Venosa - Adulto	Verificação de sinais vitais			
HORA	PA	P	T	R	SAT	DOR

Requisitos de exame de urina - 100ml de urina, 100ml de urina, 100ml de urina

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SALA DE EMERGÊNCIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____
 Convênio: _____
 Atendimento: _____
 Data do Atendimento: _____
 Data de Nascimento: _____

Origem: ☐ SIATE ☐ SAMU ☐ HUMANA ☐ PROCURA ESPONTÂNEA ☐ OUTROS

Tipo de Ocorrência: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ ORTOPEDIA ☐ AGRESSÃO ☐ QUEIMAÇÃO ☐ AFOGAMENTO ☐ Queda ☐ ATRAPELAMENTO ☐ Queda Moto ☐ Queda Bicicleta ☐ Auto x Moto ☐ Auto x Caminhão ☐ Auto x Auto ☐ Outros: _____
 Mecanismo: ☐ Normal ☐ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Edema de Glote ☐ Fria/pegajosa ☐ Quente/seca ☐ Ictericia ☐ Cianose ☐ Palidez

NEUROLÓGICO
☐ Ausente ☐ Consciente ☐ Confuso ☐ Agitado ☐ Desconexo ☐ Incompreensível
RESPIRATÓRIO
☐ Ausente ☐ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Assistida
CIRCULATÓRIO
☐ Ausente ☐ Normocardico ☐ Bradicardico ☐ Taquicardico
VIAS AÉREAS
☐ Normal ☐ Palidez ☐ Cianose ☐ Ictericia ☐ Quente/seca ☐ Fria/pegajosa

DADOS VITAIS
 PA: _____ BPM: _____ FR: _____ SPO2: _____ T°: _____ Glasgow: _____

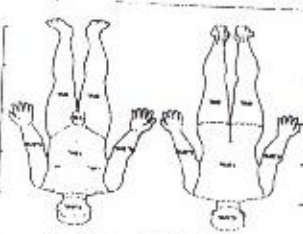


COMORBIDADES
 Qual(is): ☐ HAS ☐ DM ☐ CARDIOPATA ☐ NEFROPATA ☐ Qual(is): _____
ALERGIAS
☐ NÃO ☐ SIM ☐ Qual(is): _____

PRINCIPAIS LESÕES
☐ ESCORIAÇÃO ☐ CONTUSÃO ☐ LACERAÇÃO ☐ LUXAÇÃO ☐ F.R.C. ☐ LOCAL: _____
☐ F.R.C. ☐ F.R.A.T.FECHADA ☐ F.R.A.T.EXPOSTA

QUEIMADOS
 TIPO DE QUEIMADURA: () TEMPERATURA () RADIAÇÃO () QUÍMICA () ELÉTRICA () BIOLÓGICA
 PROFUNDIDADE OU GRAU: () 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU

☐ Interação ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Contra referência



TAXA DE SALA

Abocath nº	Compr. de gaze 7,5 x 7,5 (setor) - un	Luva estéril nº	Sonda Aspiração nº
Água Oxigenada - ml	Compr. de gaze tipo queijo (45cm)	Estensofix 20 cm	Sonda Foley2 vias nº
Aguilha descartável 25x7	Comp. Cirúrgica estéril	Polifix Padrão	Sonda Foley3 vias nº
Aguilha descartável 40x12	Cateter Central	PVPi degemante	Sonda Uretral nº
Alcool Iodado - ml	Dreno de Tórax nº	PVPi tóxico	Sonda Nasogástrica longa nº
Atadura algodão ortopédica 10cm	Eletrodo desc. de pepe 1- unidade	Clorexodina Alcodica	Sonda Nasoenteral
Atadura algodão ortopédica 20cm	Equipo Macrogotas	Seringa descartável s/ag3ml	Bolsa Coletora Sistema Fechado
Atadura crepom (PS/CC) 10cm	Equipo Bomba	Seringa Descartável s/ag5ml	Coletor Sistema Aberto
Atadura crepom (PS/CC) 20cm	Equipo BIC Foto	Seringa Descartável s/ag10ml	Tala de Alumínio P () M () G ()
Atadura gessada 10cm	Escalpe nº	Seringa Descartável s/ag20ml	Cateter Tipo Óculos
Atadura gessada 20cm	Fio Catgut simples nº	Seringa Descartável s/ag60 ml	Xylocaina gel
Benzina - ml	Fio Mononylon nº	Seringa Insulina	
Bolsa de colostomia descartável	Lâmina de bisturi nº	Lanceta	
Cadengo - 100cm	Lâmina p/ tricotomia		
Cânula end. Sibalão nº	Malha Tubular nº _____ cm		
Cânula end. Cibalo nº			

Aplicação EV	Drenagem torácica	Oxigênio: Início: _____ Fim: _____	Sondagem vesical de alívio
Aplicação IM	Eletrcardiograma	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Aspiração	Glicemia Capilar	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Cardioversão elétrica	Ventilação Mecânica: Início: _____ Fim: _____	Punção Lombar	Traqueostomia
Curativo P () M () G ()	Monitorização Cardíaca: Início: _____ Fim: _____	Punção Venosa - Adulto	Verificação de sinais vitais

Referir nome do paciente e data da realização da taxa de sala, para fins de controle.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SALA DE EMERGÊNCIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente

Convênio

Atendimento

Data do Atendimento

Origem

TIPO DE OCORRÊNCIA

NEUROLÓGICO

RESPIRATÓRIO

CIRCULATÓRIO

VIAS AÉREAS

PELE

Mecanismo

DATA DO NASCIMENTO

GLASGOW

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

COMORBIDADES

PRINCIPAIS LESÕES

QUEIMADOS

Tipo de Queimadura: () Temperatura () Radiação () Química

Profundidade ou Grau: () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

Interação

Alta

Óbito

Contra referência

Responsável:

Corren: