

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Evely Luiza Reolon Sanches
Nº da Carteira: 11.4.224560
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 08/02/2007

Nº da Guia: 24819

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/03/2025	00:30:00	Estrada do Grêmio	78 Camp

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Pé Direito

Descrição

Aluna relata que estava participando de uma atividade do 7 Camp, a mesma estava vendada, pisou em uma pedra e torceu o pé. Relata dor forte no momento da torção. No momento sem edema. Apresenta dor ao exame físico, ao deambular e em repouso. Aplicado gelo local.

Testemunha da ocorrência

Maricleia

Telefone

(42) 98434-5108

Quem prestou primeiros socorros

Enfa Joserlania

Data

05/03/2025

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

Encaminhada para avaliação médica e conduta. Prepa de plantão ciente.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 24819

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data Validade da Semha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
114224560

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

EVELY LUIZA REOLON SANCHES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
RAFAEL COSTA NABAS

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
44469

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
05/03/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039
26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qt Solic
1
28 - Qt Autoriz
0

Dados do Contrato Executado

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr Inicial

38 - Hr Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtdx

43 - Via

44 - Tec

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Seq. Ref

49 - Gr. Part

50 - Código na operador(a)CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LMMACEDO

Data/Hora: 05/03/2025 19:48:22

Contalote: 8854470

Atendimento: 8854470

Convênio: INST. ADVENTISTA-IAIP

8854470



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

2 - N.º Guia no Prestador 24819

1 - Registro ANS	000000
3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização	
5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha	
7 - Número da Guia Atibuido pela Operadora	

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
114224560	
10 - Nome	
EVELY LUIZA REOLON SANCHES	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN	
N	

13 - Código da Operadora	23876304000112	14 - Nome do Contratado	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante	RAFAEL COSTA NABAS	16 - Conselho Profissional	06
Dados da Solicitação/Processamento e Exames Solicitados			
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
18 - UF	41	17 - Número no Conselho	44469
19 - Código CBO	225125	21 - Caracter do Atendimento	2
22 - Data da Solicitação	05/03/2025	23 - Indicação Clínica	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql Solic	28 - Ql Autoriz
1	22	40804089	1	0
2	22	40804097	1	0
3	20	90123115	1	0
4	20	90045815	1	0

[illegible][illegible]



Atendimento:	8854470	Pedido:	3142448	Ac. Number:	3936076
Registro / Nome:	EVELY LUIZA REOLON SANCHES				
Data de Nascimento:	08/02/2007	Idade:	18 anos, 0 mês e 27 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	05/03/2025 15:48:00			Laudado:	17/03/2025 13:34:00
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - TORNOZELO DIREITO (AP/PERFIL)

Estrutura óssea conservada.

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

MATHEUS LAZARI DE MELLO

CRM- PR: 53295

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento:	8854470	Pedido:	3142448	Ac. Number:	3936075
Registro / Nome:	EVELY LUIZA REOLON SANCHES				
Data de Nascimento:	08/02/2007	Idade:	18 anos, 0 mês e 27 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	05/03/2025 15:48:00			Laudado:	17/03/2025 13:33:45
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - PÉ DIREITO (AP/OBLÍQUA)

Estruturas ósseas com corticais alinhadas, sem sinais de fratura com desvio evidenciadas pelo método.

Articulações metatarsofalangeanas e interfalangianas com congruência articular preservada.

Articulações tarsometatársicas e intertarsais com aspecto anatômico habitual.

MATHEUS LAZARI DE MELLO

CRM- PR: 53295

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9043954 DATA: 05/03/2025 15:43
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8854470 DT NASC: 08/02/2007 (18A 0M 26D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 656095 - EVELY LUIZA REOLON SANCHES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/03/2025 15:05 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL COSTA NABAS SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO ONTEM A TARDE. DE MADRUGADA PASSOU A APRESENTAR DOR EM MÉDIO PÉ, REGIÃO DORSAL

EFO:

- MID: EDEMA +/4+, DOR À PALPAÇÃO EM MÉDIO PÉ REGIÃO DORSAL, NV PRESERVADO

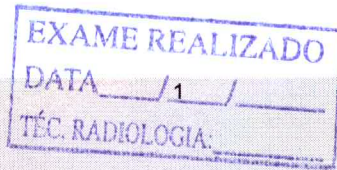
CD: ANALGESIA AGORA, SOLICITO RX E REAVALIO

8854470

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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



MEDICAMENTOS

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3	C.C. DIMORF 1MG/ML 2ML INJ (MPP) Justificativa.: MPP -> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SISTEMA FECHADO	1	AMPOLA		EV	AGORA	[05/03] 15:46
		1	FRASCO				

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

PRESCRIÇÃO.: 9044001 DATA: 05/03/2025 16:15
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8854470 DT NASC: 08/02/2007 (18A 0M 26D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 656095 - EVELY LUIZA REOLON SANCHES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/03/2025 15:05 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL COSTA NABAS SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

PLANO TERAPEUTICO:
ALTA COM ANALGESIA
ATESTADO 3 DIAS
GELO NO LOCAL
RETORNO AO PS SE NECESSARIO
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

8854470

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

0008854470 c

DN:

 Data:

TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

LEVELY LUIZA REOLON SANCHES
social:
Mãe: VERONICA B REOLON SANCHES
Ct. Nasc: 08/02/2007 Sx: F
Front: 656095 Dt: 05/03/2025
INST. ADVENTISTA / COLEGIO ADVENT

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 Foley2 vias nº
	Agulha descartável 40 x 12		Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias nº
	Agulha descartável 13x 4,5		Cateter Central _____		PV/PI degermante		Sonda Uretral nº _____
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno de Tórax nº _____		PV/PI tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Eletrodo desc. de papel unidade		Clorexedina Alcolólica _____ml		Sonda Nasocentral
	Atadura crepom 10cm		Equipo Macrogotas		Clorexidine Degermante _____ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom 20cm		Equipo Bomba Infusão (BIC)		Clorexidine Aquosa _____ml		Coletor Sistema Aberto
	Atadura gessada 10cm		Equipo BIC Foto		Seringa descartável s/ag3ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 20cm		Escalpe nº		Seringa Descartável s/ag5ml		Cateter Tipo óculos
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples nº _____		Seringa Descartável s/ag10ml		Xylocaina gel
	Cadargo – 100cm		Fio Mononylon nº _____		Seringa Descartável s/ag20ml		
	Cânula end. S/balão nº		Lâmina de bisturi nº _____		Seringa Descartável s/ag60 ml		
	Malha Tubular nº _____cm		Lâmina p/ tricotomia		Seringa Insulina		

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Para reformar o sistema, reformar, adotar, eliminar as limitações de movimento. do punção e m.c.p.m., realizando testes, alta após. do