

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Valentina Reyzik Bernardi

Nº da Carteira: 4.31.6250

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 17/09/2016

Nº da Guia: 27872



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/04/2025	17:14:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Cotovelo Direito

Descrição

A aluna estava brincando de pega pega durante a aula de educação física e caiu, batendo o cotovelo no chão. O braço em questão a aluna já quebrou uma vez, apresenta um pouco de dor no local

Testemunha da ocorrência	Telefone
Caio	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geovana	29/04/2025

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

Os pais foram avisados para avaliar necessidade de atendimento médico

Ass.:

Geovana Florencio Sansalone

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 - N° Guia no Prestador **27872**

Folha: 1 / 1

Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
4316250		VALENTINA REYZIK BERNARDI	898005137283101
			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 PLANTAO ANA CAROLINA FURLAN LISOWSKI	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 047953	18 - UF 41
19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	
2	30/04/2025		
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.
1	22 10101039	28 - Qt. Autoriz. Consulta em pronto socorro	1 0

Dados do Contratado Executante	
29 - Código na Operadora 23876304000112	
30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A	
31 - Código CNES 9365230	

Dados do Atendimento					
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de 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 - Qlde	43 - Via	44 - Tec	45 % Red / Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

	(Identificação dos Profissionais) Executante(s)
48 - Seq Rel	
49 - Gr Part	
50 - Código na operatoria/CPF	
51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional	
53 - Numero no Conselho	
54 - UF	
64 - Código CBO	

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____ 6- _____ 7- _____ 8- _____ 9- _____ 10- _____

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa
LUAN CELSO GONCALVES

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Maternais (R\$)	62 - Total de OPME (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	

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

2 - Nº Guia no Prestador 27872

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
4316250		VALENTINA REYZIK BERNARDI	898005137283101	N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	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
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	PLANTAO ANA CAROLINA FURLAN LISOWSKI	06	047953	41	225124	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
2	30/04/2025		1	22	RX - Cotovelo	1	0
			2	40803090	RX - Antebraço	1	0
			3	40803104	MEDICAMENTOS	1	0
				72999999			

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado	31 - Código CNES
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Cide	43 - Via	44 - Tec	45 - % Red / Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(ais) 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

55 - 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 OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



Atendimento:	8920266	Pedido:	3167265	Ac. Number:	3967140
Registro / Nome:	VALENTINA REYZIK BERNARDI				
Data de Nascimento:	17/09/2016	Idade:	8 anos, 7 meses e 11 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	29/04/2025 18:35:00			Laudado:	09/05/2025 07:45:39
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	RESIDENTE ANA CAROLINA FURLAN LISOWSKI				

RX - COTOVELO (AP/PERFIL)

Estruturas ósseas sem francos desnivelamentos.

Espaços articulares preservados.

MARIANA MORENO GREGIO RAIA

CRM- pr: 54224

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento:	8920266	Pedido:	3167265	Ac. Number:	3967139
Registro / Nome:	VALENTINA REYZIK BERNARDI				
Data de Nascimento:	17/09/2016	Idade:	8 anos, 7 meses e 11 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	29/04/2025 18:35:00			Laudado:	08/05/2025 13:52:42
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	RESIDENTE ANA CAROLINA FURLAN LISOWSKI				

RX - ANTEBRAÇO (AP/PERFIL)

Estruturas ósseas sem francos desnivelamentos.

Espaços articulares preservados.

MARIANA MORENO GREGIO RAIA

CRM- pr: 54224

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9139917 DATA: 29/04/2025 18:33
USUÁRIO....: PACFLISOWSKI
ATENDIMENTO: 8920266 DT NASC: 17/09/2016 (8A 7M 12D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 414820 - VALENTINA REYZIK BERNARDI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/04/2025 17:59 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

MÉDICO.....: PLANTAO ANA CAROLINA FURLAN LISOWSKI SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rubrica do
Médico

8920266

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP COTOVELO	1						
Justificativa.: QUEDA - CX PRÉVIA EM MESMO MEMBRO HÁ 1 ANO							
2 RX MEM SUP ANTEBRACO	1						
Justificativa.: QUEDA - CX PREVIA NO MESMO MEMBRO HÁ 1 ANO							

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 ALIVIUM 100MG/ML, FRS 20ML, (VO) XPE	31	GOTAS		VO	AGORA	[29/04]	18:35

VISITA HOSPITALAR

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

Dra. Ana C. F. Lisowski
Pediatria
CRM-PR 47953 - RQE 36558

PLANTAO ANA CAROLINA FURLAN LISOWSKI
CRM-PR: 047953

↳ Avaliação ortopedica, alta
sob pediatria

PRESCRIÇÃO.: 9139954 DATA: 29/04/2025 19:15
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8920266 DT NASC: 17/09/2016 (8A 7M 12D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 414820 - VALENTINA REYZIK BERNARDI
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/04/2025 17:59 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO ANA CAROLINA FURLAN LISOWSKI SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: W192 QUEDA SEM ESPECIFICACAO - ESCOLAS, OUTRAS INSTITUICOES E AREAS DE ADMINISTRACAO
PUBLICA CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

QUEDA DA PROPRIA ALTURA

DOR COTOVELO DIREITO
ADM COMPLETA
SEM CREPITAÇÕES OU DEFORMIDADES
NEUROVASCULAR OK

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURAS OU LUXAÇÕES

CD
ORIENTAÇÕES
ANALGESIA
RETORNO

8920266

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
5 COTOVELO, LESOES LIGAMENTARES - INCRUENTO	1					[29/04] 19:15

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8920266 **Prontuário:** 414820 **SAME:** **Hora Atend:** 17:59 **Data Atend:** 29/04/2025
Paciente..... : VALENTINA REYZIK BERNARDI **Idade:** 8 a
Endereço..... : RUA MADRE MONICA MARIA
Bairro..... : CONJUNTO HABITACIONAL LEA LEAL
Cidade..... : MARINGA **UF...:** PR **CEP:** 87040440
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC **Plano....:** CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : W192 - QUEDA SEM ESPECIFICACAO - ESCOLAS, OUTRAS INSTITUICOES E AREAS DE ADMINISTRAC
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 29/04/2025 **Hora Saída :** 18:41

Prestador da Evolução Médica: 6956 **PLANTAO ANA CAROLINA FURLAN LISOWSKI**

HDA

REFERE QUEDA NA ESCOLA AO JOGAR, COM QUEIXA DE DOR EM COTOVELO A DIREITA E EM REGIÃO OCCIPITAL. NÃO FEZ USO DE MEDICAÇÃO.
REFERE TRAUMA EM MSD HÁ CERCA DE UM ANO.

NEGA COMORBIDADES
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

EXAME FISICO

AO EXAME:
BEG, AFEBRIL. ACIANOTIC, ANICTERIC, HIDRATAD, CORAD, EUPNEIC EM AA
SEM SINAIS DE TOXEMIA, PULSOS PERIFÉRICOS CHEIOS, TEC < 2SEG
AC: BCR NF 2T SEM SOPRO
AP: MV+ BILATERALMENTE, SEM RA
ABD: GLOBOSO, RHA+, FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM MP OU VCM, NORMOTIMPANICO
OTO: MT INTEGRAL E TRANSLUCIDA BILATERALMENTE, SEM HIPEREMIA DE CONDUTO
ORO: SEM ALT
MM: EUTRÓFICOS
TEGUMENTO: SEM LESÕES DE PELE
EXAME NEUROLÓGICO DENTRO DA NORMALIDADE, AUSENCIA DE SINAIS MENINGEOS
SEM RESTRIÇÃO A MOBILIZAÇÃO, ROTAÇÃO, EXTENSÃO E FLEXÃO PRESERVADAS

DIAGNOSTICO

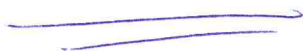
TCE LEVE / QUEDA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TCE LEVE / QUEDA

TRATAMENTO

ALIVIO VO
RX ANTEBRAÇO E COTEVELO A DIREITA
AVAL ORTOPEDIA



Bom Samaritano

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
(Na ausência de etiqueta, preencher dados ao lado)

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 gase 7,5 x 7,5 (setor) - un	Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº		
Aguilha descartável 25 x 7		Compr. de gase tipo queijo (45cm)	Estensoftx 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 degermante		Sonda Uretral nº _____		
Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno de Tórax nº _____	PVPI tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº		
Atadura algodão ortopédica 20cm		Eletrodo desc. de papel unidade	Clorexedina Alcodica _____ ml		Sonda Nasoenteral		
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				

GASES E MONITORIZAÇÃO

Ventilação Mecânica: Início: _____; Fim: _____

Oxigênio: Início: _____; Fim: _____

Monitorização Cardíaca: Início: _____; Fim: _____

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Legenda acompanhada pelo Pci com listagem de quodas próprias ativas, realização Rx e delírios.

HORA PA P T R SAT DOR