

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Laiz Verissimo Schult  
**Nº da Carteirinha:** 4.31.6695  
**Instituição:** Colégio Adventista de Maringá - Zona 4



**Data de Nascimento:** 17/05/2011

**Nº da Guia:** 25352

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 19/03/2025         | 11:27:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo     |
|-----------------|---------------------|
| Torção          | 1º Dedo Mão Direita |

| Descrição                                               |
|---------------------------------------------------------|
| Aluna torceu dedo fazendo atividade de educação física. |

| Testemunha da ocorrência           | Telefone       |
|------------------------------------|----------------|
| Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues | (44) 3224-3073 |

| Quem prestou primeiros socorros    | Data       |
|------------------------------------|------------|
| Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues | 19/03/2025 |

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

| Observações                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aluna foi atendida pelo coordenador disciplinar que forneceu gelo. Foi feito contato com o responsável. |

Ass.:

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador 8870618

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira  
4316695

9 - Validade da Carteira

10 - Nome  
LAIZ VERRISSIMO SCHULT

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  
HEMINE HUSSEMS SALEM

16 - Conselho Profissional  
06

17 - Número no Conselho  
036103

18 - UF  
41

19 - Código CBO  
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
19/03/2025

23 - Indicação Clínica

27 - Qt. Solic.  
1

28 - Qt. Autoriz.  
0

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

| 24 - Tabela | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição | 27 - Qt. Solic. | 28 - Qt. Autoriz. |
|-------------|--------------------------------------------------|----------------|-----------------|-------------------|
| 1           | 22                                               | 40803120       | 1               | 0                 |
| 2           | 22                                               | 40803112       | 1               | 0                 |
| 3           | 20                                               | 90173341       | 1               | 0                 |

Dados do Contrato Executante

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 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 - Qtd.

43 - Via

44 - Tdc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Rel.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

54 - 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 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:        | 8870618                       | Pedido: | 3148742                    | Ac. Number: | 3944057             |
| Registro / Nome:    | LAIZ VERISSIMO SCHULT         |         |                            |             |                     |
| Data de Nascimento: | 17/05/2011                    | Idade:  | 13 anos, 10 meses e 2 dias | Sexo:       | F                   |
|                     | 00:00:00                      |         |                            |             |                     |
| Pedido do Exame:    | 19/03/2025 15:16:00           |         |                            | Laudado:    | 26/03/2025 11:27:19 |
| Convênio:           | CLINICA ADVENTISTA - CLAC     |         |                            |             |                     |
| Médico Solicitante: | ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA |         |                            |             |                     |

**RX - PUNHO DIREITO AP/P**

Estruturas ósseas íntegras, de morfologia e densidade usuais.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem anormalidades relevantes dentro das limitações do método.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



|                            |                                      |                |                                   |                    |                            |
|----------------------------|--------------------------------------|----------------|-----------------------------------|--------------------|----------------------------|
| <b>Atendimento:</b>        | <b>8870618</b>                       | <b>Pedido:</b> | <b>3148742</b>                    | <b>Ac. Number:</b> | <b>3944056</b>             |
| <b>Registro / Nome:</b>    | <b>LAIZ VERISSIMO SCHULT</b>         |                |                                   |                    |                            |
| <b>Data de Nascimento:</b> | <b>17/05/2011</b>                    | <b>Idade:</b>  | <b>13 anos, 10 meses e 2 dias</b> | <b>Sexo:</b>       | <b>F</b>                   |
|                            | <b>00:00:00</b>                      |                |                                   |                    |                            |
| <b>Pedido do Exame:</b>    | <b>19/03/2025 15:16:00</b>           |                |                                   | <b>Laudado:</b>    | <b>26/03/2025 11:27:17</b> |
| <b>Convênio:</b>           | <b>CLINICA ADVENTISTA - CLAC</b>     |                |                                   |                    |                            |
| <b>Médico Solicitante:</b> | <b>ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA</b> |                |                                   |                    |                            |

**RX - MÃO DIREITA AP/OBL**

Estruturas ósseas íntegras, de morfologia e densidade usuais.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

Partes moles sem anormalidades relevantes dentro das limitações do método.

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9067861 DATA: 19/03/2025 15:10  
USUÁRIO.....: ACAFNOGUEIRA  
ATENDIMENTO: 8870618 DT NASC: 17/05/2011 (13A 10M 3D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 458732 - LAIZ VERISSIMO SCHULT  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 19/03/2025 13:21 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: HEMINE HUSSEM SALEM SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA  
UNID. INT.: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

## EVOLUÇÃO MÉDICA

## ORTOPEDIA ##

PACIENTE REFERE TRAUMA COM BOLA NA MÃO DIREITA HOJE. QUEIXA-SE DE DOR EM 1º QDD E PUNHO DIREITO

EFO:

- 1º QDD: EDEMA DISCRETO, DOR À PALPAÇÃO, AMD COMPLETA PORÉM DOLOROSA, NV PRESERVADO  
- PUNHO DIREITO: DOR À PALPAÇÃO EM PROCESSO ESTILOIDE DO RÁDIO, ADM COMPLETA PORÉM DOLOROSA, NV PRESERVADO

CD: ANALGESIA  
SOLICITO RX E REAVALIO

\*8870618\*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

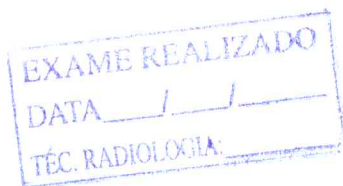
|                                                                                      | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 1 RX MEM SUP PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS<br>Justificativa.: TRAUMA<br>Obs.: DIREITO | 1   |         |    |     |            |      |          |
| 2 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS<br>Justificativa.: TRAUMA<br>Obs.: DIREITA         | 1   |         |    |     |            |      |          |

### MEDICAMENTOS

|                                     | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data    | Horários |
|-------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------|----------|
| 3 C.C. VOLTAREN 75MG, AMP 3ML,( IM) | 1   | AMPOLA  |    | IM  | AGORA      | [19/03] | 15:12    |

### VISITA HOSPITALAR

|                                              | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|----------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 4 CONSULTA HOSPITALAR<br>EMERGENCIA/URGENCIA | 1   |         |    |     |            |      |          |



ANTONIO CARLOS FERREINOGUEIRA  
CRM-PR: 26771

PRESCRIÇÃO.: 9067895 DATA: 19/03/2025 15:33  
USUÁRIO....: ACAFNOGUEIRA  
ATENDIMENTO: 8870618 DT NASC: 17/05/2011 (13A 10M 3D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE...: 458732 - LAIZ VERISSIMO SCHULT  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 19/03/2025 13:21 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: HEMINE HUSSEM SALEM SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA  
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

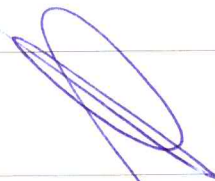
Rubrica do  
Médico

### EVOLUÇÃO MÉDICA

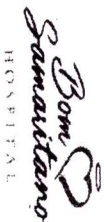
EM TEMPO:

CHECO RX - SEM SINAIS DE DESVIO, LUXAÇÃO OU FRATURA

CD: ANALGESIA  
RETORNO SE PIORA OU PRESENÇA DE NOVOS SINTOMAS

  
CRM 26771

ANTONIO CARLOS FERRI NOGUEIRA  
CRM-PR: 26771



LAIZ VERISSIMO SCHULT  
Social:  
Nome: MARY STELA VERISSIMO SCHULT  
Dt. Nasc: 17/05/2011 5x F  
PRT: 450722 Dt. 19/03/2025  
CLINICA ADVENTI / CLINICA ADVENTI  
0008870618 Co: 431695

TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_ Atendimento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

|                                 |                                       |                               |                                    |
|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 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)     | Estensiofix 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                       | PVPI degemante                | Sonda Uretral nº                   |
| Atadura algodão ortopédica 10cm | Dreno de Torax nº                     | PVPI tóxico                   | Sonda Nasogástrica longa nº        |
| Atadura algodão ortopédica 20cm | Eletrodo desc. de papel unidade       | Clorexidina Alcodica ml       | Sonda Nasoenteral                  |
| Atadura crepom 10cm             | Equipo Macrogotas                     | Clorexidina Degermante ml     | Bolsa Coletora Sistema Fechado     |
| Atadura crepom 20cm             | Equipo Bomba Infusão (BIC)            | Clorexidina 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 pl tricotomia                  | Seringa Insulina              |                                    |

Ventilação Mecânica: Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Oxigênio: Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Monitorização Cardíaca: Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_

| HORA | PA | P | T | R | SAT | DOR |
|------|----|---|---|---|-----|-----|
|------|----|---|---|---|-----|-----|

paciente sobre a maca em decúbito lateral  
com a cabeça elevada e o membro superior direito  
estendido e o membro superior esquerdo flexionado  
com o cotovelo dobrado e a mão apoiada no quadril.  
Maira Ribeiro  
Téc. de Enfermagem  
COREN 1914779