

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Julia do Banho Oliveira
Nº da Carteira: 11.1.17783
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 10/01/2008

Nº da Guia: 28527



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/05/2025	20:25:00	Campo	Trillife

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna relata que estava participando de uma prova de escorregar na lona no trillife e o 2ºdedo da mão E, entrou em um buraco na lona, torcendo-o. Apresenta edema e equimose no local. Relata dor intensa. Aplicado gelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Paola Oliveira Agostini	(44) 99842-7119

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf Gilberto	19/05/2025

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. Prepa de plantão ciente.

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: <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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 28527

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
11112783

9 - Validade da Carteira
10 - Nome
JULIA DO BANHO OLIVEIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM
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
PEDRO FATURI MORETZ SOHN
16 - Conselho Profissional
06
17 - Número no Conselho
36954
18 - UF
41
19 - Código CBO
225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caracter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
19/05/2025
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
10101039
26 - Descrição
Consulta em pronto socorro
27 - Qt. Solic.
1
28 - Qt. Autoriz.
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 (acidente ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data
37 - Ht. Inicial
38 - Ht. Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 -
42 - Qtd.
43 - Via
44 - Tec.
45 - % Red / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)
JULIA DO BANHO OLIVEIRA
Social:
Mre: NILMA DO BANHO OLIVEIRA 5x1F
Dt. Nasc: 08/01/2008 Dt.: 19/05/2025
Dt. Nasc: 650904 / COLEGIO ADVENTI
INST. ADVENTISTA /

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq. Rel.
49 - Gr. Part.
50 - Código na operadora/CPF
51 - Nome do Profiss.
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 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

Impresso por: MYVOLPATO

Data/Hora: 19/05/2025 21:31:50

Contato: 8942528

Ateendimento: 8942528

Convênio: INST. ADVENTISTA/PA

8942528



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

2 - Nº Guia no Prestador 28527

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 Atubido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

JULIA DO BANHO OLIVEIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

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

PEDRO FATTURI MORETZ SOHN

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

36954

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

05/06/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

40803120

26 - Descrição

RX - Mão ou quirodactílio

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Autoriz.

0

Dados do Contratado 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 (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 - Cide

43 - Via

44 - Trc

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 operadora/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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

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 Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: K89SLVIA

Data/Hora: 05/06/2025 11:36:20

Contat/Loc: 8942528

Atendimento: 8942528

Convênio: INST ADVENTISTIAJAP

8942528

PRESCRIÇÃO.: 9175443 DATA: 19/05/2025 22:51
USUÁRIO.....: PFMSOHN
ATENDIMENTO: 8942528 DT NASC: 10/01/2008 (17A 4M 9D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 660904 - JULIA DO BANHO OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/05/2025 21:31 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PEDRO FATTURI MORETZ SOHN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

8942528

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

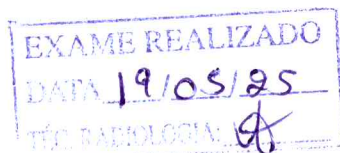
Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS

1

Justificativa.: TRAUMA

Obs.: AP + O



PEDRO FATTURI MORETZ SOHN
CRM-PR: 36954

PRESCRIÇÃO.: 9175511 DATA: 19/05/2025 23:38
USUÁRIO.....: PFMSOHN
ATENDIMENTO: 8942528 DT NASC: 10/01/2008 (17A 4M 9D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 660904 - JULIA DO BANHO OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/05/2025 21:31 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PEDRO FATTURI MORETZ SOHN SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACINETE REFERE ENTORCE DO DEDO INDICADOR ESQUERDO , ONDE VEM APRESNETANDO DOR EDEMA

AO EXAME FISICO
DOR A PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO, EDEMA, SEMDESVIO ROTACIONAL , NEUROVASCULAR PRESERVADO

RX SEM SINAIS DE FRATURA
CD ORIENTAÇÕES
RECEITA
ATETADO
RETORNO SE NECESSARIO
ALTA

PEDRO FATTURI MORETZ SOHN
CRM-PR: 36954



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)		Estensofix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº
	Aguilha descartável 40 x 12		Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley3 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		Clorexidina Alcoólica _____ 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 pl/ tricotomia		Seringa Insulina		

GASES E MONITORIZAÇÃO

Ventilação Mecânica: Início: _____; Fim: _____; _____

Oxigênio: Início: _____; Fim: _____; _____

Monitorização Cardíaca: Início: _____; Fim: _____; _____

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA

PA

P

T

R

SAT

DOR

Pete supur antero dudo E, avaliando Rx e
colta após _____