



Orto

### Dados do Atendimento

Atendimento: 6935679 Data/Hora: 25/02/2022 10:22 Prioridade: Baixa  
Paciente: 551815 - ANA CAROLINA CARVLAHO Sexo: F Nasc.: 29/12/1989 (32a 1m 28d)  
Prestador: 1798 - PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO J Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

### Clínica

#### Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: REFERE TORÇÃO EM PÉ ESQUERDO HÁ UMA SEMANA COM PIORA DA DOR E DIFICULDADE PARA ANDAR

#### Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: S

Asma: N

Outros: SAT 97% DOR 7

Alergias: NEGA

#### Sinais Vitais

P.A.: 130 x 86 mmHG Pulso: 74 bpm Temperatura: 36,2 °C

### Oncologia

#### Questionário

|                       |                                                                                          |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nascimento: Distócito | Prótese Dentária? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>   |
| Menarca:              | Bebe Álcool? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>        |
| Últ. Menstruação:     | Fumante? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>            |
| Nº de Partos:         | Dor? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                |
| 1º Congresso Sexual:  | Câncer na Família? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>  |
| Higiene Bucal: Boa    | Consultou o médico? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> |
| Cidade:               | UF: Hospital: VERDE                                                                      |

#### Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:



REGISTRO.: 6456466 DATA: 25/02/2022 10:57  
PDECJUNIOR  
6935679 DT NASC: 29/12/1989 (32A 1M 28D)  
CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
551815 - ANA CAROLINA CARVALHO  
ALTURA: SUP. CORPOREA:  
25/02/2022 10:22 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR. SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA  
PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO.: COBERTURA:  
CICLO.: /  
TAXONOMIA:  
RORCOLO:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

CONTUSAO DE PÉ ESQUERDO HA CERCA DE UMA SEMANA  
DOR EM BASE DE HALUX ESQUERDO

-F  
-E  
NEUROVASCULAR OK  
DOR EM BASE DE HALUX ESQUERDO  
EDEMA DISCRETO LOCAL  
USNECIA DE CREPTAÇÃO OU DEFORMIDADE

PLANO TERAPEUTICO:  
RADIOGRAFIA  
REAVLIAÇÃO APOS EXAMES DE IMAGEM

78935679\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

Qtd Unidade SN Api Frequência Data Horários

MEM INF PE OU PODODACTILOS

1

Justificativa.: ESQUERDO



Dr. Diogenes Emannel de Carvalho Jr.  
CRM-PR: 28801  
Rua: ...

PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR  
CRM-PR: 28801



RESCRIÇÃO.: 6456597 DATA: 25/02/2022 11:39  
PDECJUNIOR  
NÚMERO: 6935679 DT NASC: 29/12/1989 (32A 1M 26D)  
CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
551815 - ANA CAROLINA CARVALHO  
ALTURA: SUP. CORPOREA:  
25/02/2022 10:22 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA  
PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO... COBERTURA:  
CICLO... /  
RECEITA  
RETORNO  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

EX SEM EVIDENCIAS DE FRATURA COM DESVIO

PLANO TERAPEUTICO:  
ORIENTAÇÕES  
RECEITA  
RETORNO

6456597\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### VISITA HOSPITALAR

CONSULTA HOSPITALAR  
EMERGENCIA/URGENCIA

| Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|

|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 1 |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|

Dr. Diógenes E. de Carvalho Junior  
CRM-PR: 28801  
R. São João, 143 - Centro  
Jardim São João

PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR  
CRM-PR: 28801





|                     |                                         |         |                          |             |            |
|---------------------|-----------------------------------------|---------|--------------------------|-------------|------------|
| Atendimento:        | 6935679                                 | Pedido: | 2458582                  | Ac. Number: | 3069818    |
| Registro / Nome:    | ANA CAROLINA CARVLAHO                   |         |                          |             |            |
| Data de Nascimento: | 29/12/1989                              | Idade:  | 32 anos, 1 mês e 24 dias | Sexo:       | F          |
|                     | 00:00:00                                |         |                          |             |            |
| Pedido do Exame:    | 25/02/2022 10:59:00                     |         |                          | Laudado:    | 04/03/2022 |
|                     |                                         |         |                          |             | 07:41:26   |
| Convênio:           | CLINICA ADVENTISTA - CLAC               |         |                          |             |            |
| Médico Solicitante: | PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR |         |                          |             |            |

### RX - PÉ ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Ana Carolina ~~Carvalho~~ CARVALHO

Nº da Carteirainha:

Instituição:

Data de Nascimento:

Nº da Guia:

| Data da Ocorrência | Horário | Local     | Atividade |
|--------------------|---------|-----------|-----------|
| 17/02/22           | 22:30   | Faculdade |           |

| O que aconteceu                                                                                                             | Partes do corpo |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Aluna estava retornando da Faculdade quando foi subir no gramado, pisou em falso no buraco e torceu o dedo polegar do pé E. | Polegar do pé E |
| Descrição                                                                                                                   |                 |
| Refere muita dificuldade de mobilidade por causa da dor.                                                                    |                 |

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Vitória Lago             | (69) 99205-9321 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data     |
|---------------------------------|----------|
| Gilberto                        | 24/02/22 |

| Local de atendimento               | Endereço | Nº | Bairro | Telefone |
|------------------------------------|----------|----|--------|----------|
| Hospital Bom Samaritano de Maringá |          |    |        |          |

## Observações

A aluna foi atendida pela equipe da enfermagem após o ocorrido; Foi colocado compressa de gelo, arnica e cataplasma de oblomita. Não tendo melhoras foi encaminhada para avaliação médica.

Ass.: Célia T. D. da Silva  
Enfermeira  
Coren/PR 000.602.977

Nome (quem registrou a ocorrência no AMA/manual)

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12  
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrião - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824  
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 6935679

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

8 - Numero da Carteira

000000000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ANA CAROLINA CARVALHO

11 - Numero do Cartao Nacional de Saude

12 - Atendimento a RV

N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO DIOGENES EMANUEL DE CARVALHO .

16 - Conselho Profissional

06

17 - Numero no Conselho

28801

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

25/02/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

40804097

26 - Descrição

RX - Pa ou pododactilto

27 - Qt Solic.

1

28 - Qt Autoriz

0

Dados do Contratado Executor

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 - Tec.

45 - % Red / Acerc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel

49 - Gr. Prof

50 - Código na operador/CNP

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Serie

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

Impresso por: AMMORAIS

Data/Hora: 25/02/2022 11:53:55

Conta/Lote: 6935679

Atendimento: 6935679

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

\*6935679\*



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

2 - Nº Guia no Prestador 6935679

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 Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ANA CAROLINA CARVALHO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN  
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

25/02/2022

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

1 22

10101039

Consulta em pronto socorro

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

1 0

Dados do Contratado Específico

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9365230





Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de acidente (incidente 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 - Téc.

45 - % Red. / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel.

49 - G1. 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

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

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 Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: AMMORAS

Data/Hora: 28/02/2022 11:46:10

Conta/Che: 6935679

Atendimento: 6935679

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

\*6935679\*



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

2 - Nº Guia no Prestador 6935679000000

Folha: 1 / 1

|                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                                                                                                                                                   |  | 3 - Número da Guia Principal                                                                                           |  |
| 4 - Data de Autorização                                                                                                                                                                                      |  | 5 - Senha                                                                                                              |  |
| 6 - Data de Validade da Senha                                                                                                                                                                                |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora                                                                            |  |
| 8 - Nome do Beneficiário<br>000000000                                                                                                                                                                        |  | 9 - Validade da Carteira<br>31/12/2022                                                                                 |  |
| 10 - Nome<br>ANA CAROLINA CARVALHO                                                                                                                                                                           |  | 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde<br>N                                                                           |  |
| 12 - Atendimento a RN                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                        |  |
| Dados do Solicitante                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                        |  |
| 13 - Código da Operadora<br>23876304000112                                                                                                                                                                   |  | 14 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A                                                      |  |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JF                                                                                                                             |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                                                                                       |  |
| 17 - Número no Conselho<br>28801                                                                                                                                                                             |  | 18 - UF<br>41                                                                                                          |  |
| 19 - Código CBO<br>225270                                                                                                                                                                                    |  | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                                                            |  |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                        |  |
| 21 - Cardete do Atendimento<br>2                                                                                                                                                                             |  | 22 - Data da Solicitação<br>25/02/2022                                                                                 |  |
| 23 - Indicação Clínica                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                        |  |
| 24 - Tabela                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                        |  |
| 25 - Código do Procedimento<br>ou Item Assistencial                                                                                                                                                          |  | 26 - Descrição                                                                                                         |  |
| 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                        |  |
| Dados do Contratado Executante                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                        |  |
| 29 - Código na Operadora<br>23876304000112                                                                                                                                                                   |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A                                                      |  |
| 31 - Código CNES<br>9365230                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                        |  |
| Dados do Atendimento                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                        |  |
| 32 - Tipo Atendimento<br>04                                                                                                                                                                                  |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)<br>9                                                       |  |
| 34 - Tipo de Consulta<br>1                                                                                                                                                                                   |  | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                                                             |  |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                        |  |
| 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição<br>1 25/02/2022 10:59 22 40804097 RX - PE OU PODODACTILO<br>2 25/02/2022 11:39 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO |  | 42 - Qrde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total<br>001 1.0 35.64<br>001 1.0 100.00 |  |
| Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                        |  |
| 48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Ccd na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional<br>2 12 23876304000112 PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR                                                               |  | 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO<br>06 28801 41 225270                               |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                             |  |                                                                                                                        |  |
| 1 - ____/____/____                                                                                                                                                                                           |  | 3 - ____/____/____                                                                                                     |  |
| 2 - ____/____/____                                                                                                                                                                                           |  | 4 - ____/____/____                                                                                                     |  |
| 5 - ____/____/____                                                                                                                                                                                           |  | 7 - ____/____/____                                                                                                     |  |
| 6 - ____/____/____                                                                                                                                                                                           |  | 8 - ____/____/____                                                                                                     |  |
| 9 - ____/____/____                                                                                                                                                                                           |  | 10 - ____/____/____                                                                                                    |  |
| 58 - Observação / Justificativa                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                        |  |
| 59 - Total de Procedimentos (R\$)<br>135.64                                                                                                                                                                  |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)<br>0.00                                                                           |  |
| 61 - Total de Materiais (R\$)<br>0.00                                                                                                                                                                        |  | 62 - Total de OPME (R\$)<br>0.00                                                                                       |  |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)<br>0.00                                                                                                                                                                     |  | 64 - Total de Gases Medicinais (R\$)<br>0.00                                                                           |  |
| 65 - Total Gariá (R\$)<br>135.64                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                        |  |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                        |  |
| 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                        |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                        |  |