

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Kalaine Maria Breger da Silva
Nº da Carteirinha: 11.4.10017
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 18/06/2002

Nº da Guia: 5071



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
01/03/2022	20:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Perna Direita

Descrição

Aluna interna em campeonato de futsal. Refere ter levado um chute em porção superior da tíbia. Apresenta dor desde a região patelar até região maleolar. Não foi possível avaliar deformidades e edema à palpação devido forte algia. Apresenta dificuldade para movimentar o membro e não consegue apoiar no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	(51) 98270-3529

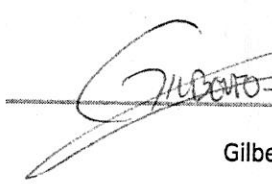
Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Júnior	01/03/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3220-6000

Observações

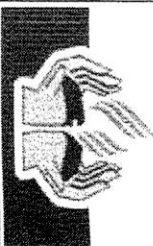
Avalio, oriento, e encaminhamento para avaliação médica no dia seguinte (02/03/22).

Ass.:


Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731
Gilberto Junior

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 6946248

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	5071

4 - Data de Autorização	5 - Semha	6 - Data Validade da Semha	7 - Número da Guia Arbitrado pelo Operadora
-------------------------	-----------	----------------------------	---

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
11410017		KALAINÉ MARIA BREGER DA SILVA		N

Dados do Solicitante	13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTAO CAROLINA ROANNA DIAS DONA	6	45489	41	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exams Solicitados	21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
	2	04/03/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Q1 Solic	28 - Q1 Autoriz
1	22	40804054 RX - Joelho	1	0

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 da Execução / Procedimentos e Exams Realizados	36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Cide	43 - Via	44 - Tlc	45 - % Real / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
--	-----------	------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------	-----------	----------	----------	-----------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)	48 - Setor 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	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Data de Realização de Procedimento em Série	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas e Materiais (R\$)	62 - Total de CPME (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
---	--	-------------------------------

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

2 - Nº Guia no Prestador 6946248000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data de Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído 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

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

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql.Solic.

28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

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 - Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde.

43 - Via

44 - Téc.

45 - Fator R/Acr

46 - Valor Unitário

47 - Valor Total

1 04/03/2022

15:58

15:58

22

10101039

CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42-Qtde. 43-Via 44-Téc. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total

001 100.00

001

001

1.0

100.00

100.00

100.00

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

48 - Sq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Cód na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Assinatura do Contratado

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Contratado

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1

12

23876304000112

PLANTAO LUIAN CELSO GONCALVES

06

31517

41

225270

41

225270

41

225270

41

225270

41

225270

41

59 - Observação / Justificativa

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

60 - Total de Procedimentos (R\$)

61 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: GSSANTOS

Data/Hora: 15/03/2022 16:46:22

Conta/Lote: 3721834

Atendimento: 6946248

Convênio/CLÍNICA ADVENTISTA - CLAC

2771824

Dados do Atendimento

Atendimento: 6946248 Data/Hora: 04/03/2022 14:45
Paciente: 552478 - KALAINÉ MARIA BREGER DA SILVA
Prestador: 5959 - PLANTÃO CAROLINA ROANNA DIAS DONA
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM

Prioridade: Baixa

Sexo: F Nasc.: 18/06/2002 (19a 8m 17d)

Especialidade: 58 - PLANTONISTA

Serviço: 1 - CLÍNICA MÉDICA

Clínica

Admissão

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

Queixa principal: QUEDA DO MESMO NÍVEL DURANTE PRÁTICA DE ESPORTES COM TRAUMA EM JOELHO DIREITO (REFERE DOR EM LOCAL) NA TERÇA FEIRA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 100%/ DOR05

Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: 103 x 59 mmHG Pulso: 73 bpm Temperatura: 36,2 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒

Menarca:

Bebe Alcool? Sim ☐ Não ☒

Últ. Menstruação:

Fumante? Sim ☐ Não ☒

Nº de Partos:

Dor? Sim ☐ Não ☒

1º Congresso Sexual:

Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒

Higiene Bucal: Boa

Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒

Cidade:

UF: Hospital: VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM SALA DE EMERGÊNCIA

ETIQUETA DO PACIENTE

Nome do Paciente _____

Data de Nascimento _____

Convênio _____

Atendimento _____

Data do Atendimento _____

Referência _____

Origem: ☐ SIATE ☐ SAMU ☐ VIAPAR ☐ SRS ☐ OUTROS _____

Tipo de Ocorrência

- | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| ☐ TRAUMA | ☐ AGRESSÃO | ☐ QUEDA | ☐ ATROPELAMENTO | ☐ AUTO X CAMINHÃO |
| ☐ CLÍNICO | ☐ FAB | ☐ QUEIMADURA | ☐ QUEDA MOTO | ☐ AUTO X AUTO |
| ☐ ORTOPEDIA | ☐ FAF | ☐ AFOGAMENTO | ☐ QUEDA BICICLETA | ☐ OUTROS: _____ |
| | | | | EJETADO ☐ SIM ☐ NÃO |

Mecanismo

NEUROLÓGICO

- ☐ AUSENTE
☐ CONSCIENTE
☐ CONFUSO
☐ AGITADO
☐ DESCONEXO
☐ INCOMPREENSÍVEL

RESPIRATÓRIO

- ☐ AUSENTE
☐ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ ASSISTIDA

CIRCULATÓRIO

- ☐ AUSENTE
☐ NORMOCARDICO
☐ BRADICARDICO
☐ TAQUICARDICO

VIAS AÉREAS

- ☐ LIVRE
☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL
☐ OBSTRUÇÃO TOTAL
☐ EDEMA DE GLOTE

PELE

- ☐ NORMAL
☐ PALIDEZ
☐ CIANOSE
☐ ICTERÍCIA
☐ QUENTE/SECA
☐ FRIA/PEGAJOSA

DADOS VITAIS: PA: _____ BPM: _____ FR: _____ SPO2: _____ T°: _____ Glasgow _____

COMORBIDADES

- ☐ HAS ☐ DM ☐ CARDIOPATA ☐ NÃO
☐ NEFROPATA ☐ HEPATOPATA ☐ OUTRAS

ALERGIAS

☐ SIM

Qual(is) _____

PRINCIPAIS LESÕES

- ☐ ESCORIAÇÃO ☐ CONTUSÃO ☐ LACERAÇÃO ☐ LUXAÇÃO ☐ FRAT.FECHADA ☐ FRAT.EXPOSTA
☐ F.C.C LOCAL: _____

PROTOCOLO DOR TORÁCICA

Hora da admissão: _____ Hora encaminhamento internação: _____ Cateterismo de urgência? ☐ NÃO ☐ SIM
Hora da realização ECG: _____ Hora contato Hemodinâmica: _____
Hora Eno Hemodinâmica: _____

PROTOCOLO AVC

Início dos sintomas: _____ Hora da admissão: _____ Hora Tomografia de Crânio: _____
Hora avaliação Neurologista: _____ Indicada Trombólise? NÃO ☐ SIM ☐ Hora Trombólise: _____

PROTOCOLO SÉPSE - PACOTE PRIMEIRA HORA

Hora do início do Protocolo: _____

- ☐ Coleta de exames laboratoriais - duas amostras distintas ☐ Laudo de gasometria com lactato em 30 minutos
☐ Prescrição e administração de antibiótico ☐ Início de ressuscitação volêmica - se hipotensão
☐ Início droga vasoativa (Noradrenalina) - se ressuscitação volêmica ineficaz.

☐ Internação☐ Alta☐ Óbito☐ Contra referência

1000
 900
 800
 700
 600
 500
 400
 300
 200
 100
 0

PRINCIPAL QUEIXA:

() Sistema Neurológico () Sistema Respiratório () Sistema Digestório () Sistema Musculoesquelético () Sistema Urinário () Sistema Reprodutor

() Sistema Circulatório () Outros

Oxigênio Início: _____ Fim: _____
() Calor do O₂ () M₂ = 500 g

INTERCURRENCIAS	R	T	P	PA	HORA
0	0	0	0	0	0

16:00 Part admittido me P3 quando se achou de trancar um pouco mais forte e encher o lado de fora com mais um pouco de espuma para o lado.

PRESCRIÇÃO.: 6471106 DATA: 04/03/2022 15:58
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 6946248 DT NASC: 18/06/2002 (19A 8M 17D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 552478 - KALAINÉ MARIA BREGER DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/03/2022 14:45 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO CAROLINA ROANNA DIAS DONA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: SERVIÇO: CLINICA MEDICA
CID.....: CICLO...: COBERTURA:
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

RECUSA FAZER A RADIOGRAFIA

6946248

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

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

Jr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR: 31.517-1 / TEND 15107

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31517

PREScrição.: 6471089 \ DATA: 04/03/2022 15:45
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 6946248 DT NASC: 18/06/2002 (19A 8M 17D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 552478 - KALAINÉ MARIA BREGER DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPÓREA:
INTERNAÇÃO.: 04/03/2022 14:45 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO CAROLINA ROANNA DIAS DONA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA JOELHO DIREITO HA 1 SEMANA JOGANDO FUTEBOL
ADM COMPLETA
SEM CREPITAÇÕES OU DEFORMIDADES
NEUROVASCULAR OK

CD:
- RX

6946248

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF JOELHO:A.P. - LATERAL D	1						
Justificativa.: dor							

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR: 31.517 / TEOT 15107

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31517