

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Jade Yasmin Oliveira da Silva

Nº da Carteira: 4.31.5937

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 04/09/2008

Nº da Guia: 6152

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/05/2022	15:54:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

Panturrilha Esquerda

Descrição

Durante a aula de educação física torceu o tornozelo

Testemunha da ocorrência

Antonio

Antonio

Telefone

(44) 3224-3073

(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros

Antonio

Data

12/05/2022

Local de atendimento

Endereço

Nº Bairro

Telefone

HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá

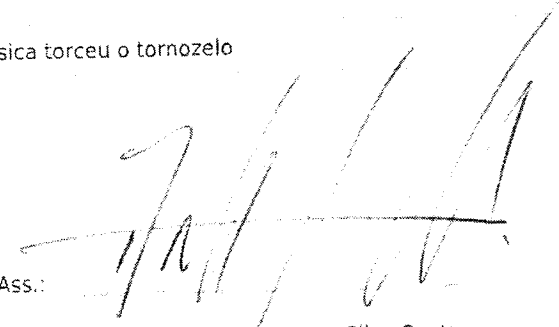
Av. Independência

93 Zona 04

(44) 3032-1818
(44) 3220-6166

Observações

Durante a aula de educação física torceu o tornozelo

Ass.: 

Anselmo Silva Santos

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
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

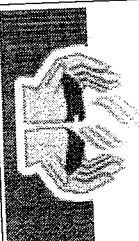
**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT**

2 - Nº Guia no Prestador 6152

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Semta		7 - Numero da Guia Arribudo pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Semta					
Dados do Beneficiário		8 - Numero da Carteira 4315937		9 - Validade da Carteira		10 - Nome JADE YASMIM OLIVEIRA DA SILVA	
11 - Numero 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 PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO		16 - Conselho Profissional 6		17 - Número no Conselho 39294		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225124		20 - Assinatura do Profissional Solicitante					
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados							
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 12/05/2022		23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22		26 - Descrição Consulta em pronto socorro		27 - Ql-Solic. 1	
28 - Ql-Autoriz. 0							
Dados do Contratado Executante							
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A					
Dados do Atendimento							
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (paciente 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 - Qlcc		43 - Via	
44 - Tec		45 - % Red / Acresce		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(a) Profissional(ais) Executante(s)							
48 - Seq. Red.		49 - Gr. Part		50 - Código na operadora/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			
1 -		3 -		5 -		7 -	
2 -		4 -		6 -		8 -	
9 -		10 -					
59 - Observação / Justificativa							
59 - Total Procedimentos (R\$)		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPIAE (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							
Impresso por AMMORAIS				Data/Hora: 20/05/2022 09:11:28			
Contato: 7078861				Atendimento: 707861			
Convênio: INSET ADVENTISTA-LAP							
*7078861							

7078861



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

2 - Nº Guia no Prestador 6152

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal 6152	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
----------------------------	--------------------------------	----------------------------	---

4 - Data de Autorização	5 - Senha	12 - Atendimento a RM N
-------------------------	-----------	----------------------------

Dados do Beneficiário	9 - Validade da Carteira	10 - Nome JADE YASMIM OLIVEIRA DA SILVA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--------------------------	--	---

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 DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO .	16 - Conselho Profissional 28801	17 - Número no Conselho 28801	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 20/05/2022	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial RX - Pe ou pododactilio RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo) Lesoes ligamentares agudas ao nivel do tornozelo - tratamento inortuent	26 - Descrição	27 - Ql.Solic. 1 1 1 1	28 - Ql.Autoriz. 0 0 0 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
--------------------------------	--	---	-----------------------------

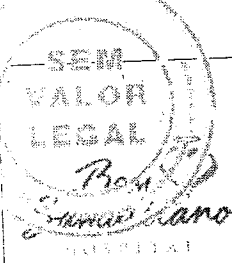
Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Aderência (incidente ou demora relacionado)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
----------------------	-----------------------	---	-----------------------	--	--

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição
---	-----------	------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)	48 - Seq. Ref.	49 - Gt. Part	50 - Código na operadora/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 Anuidades (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPMIE (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
---	--	-------------------------------



Atendimento: 7078861 Pedido: 2507352 Ac. Number: 3130997
Registro / Nome: JADE YASMIM OLIVEIRA DA SILVA
Data de Nascimento: 10/03/2015 Idade: 7 anos, 2 meses e 2 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 12/05/2022 17:36:00 Laudado: 23/05/2022 11:33:55
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR

RX - PÉ ESQUERDO (AP/OBLIQUO)

Não se visualizam sinais de fraturas desviadas ao método.

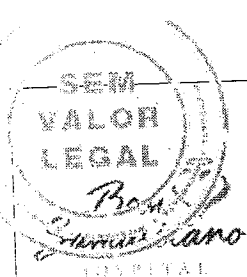
Espaços articulares preservados.

MAYCON DE MORAIS SILVA

CRM- 38186

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento: 7078861 Pedido: 2507352 Ac. Number: 3130998
Registro / Nome: JADE YASMIM OLIVEIRA DA SILVA
Data de Nascimento: 10/03/2015 Idade: 7 anos, 2 meses e 2 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 12/05/2022 17:36:00 Laudado: 23/05/2022
11:34:13
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR

RX - TORNOZELO ESQUERDO (AP/PERFIL)

Não se visualizam sinais de fraturas desviadas ao método.

Espaços articulares preservados.

MAYCON DE MORAIS SILVA

CRM- 38186

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 6639255 DATA: 12/05/2022 17:36
USUÁRIO....: PDECJUNIOR
ATENDIMENTO: 7078861 DT NASC: 10/03/2015 (7A 2M 11D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 562008 - JADE YASMIM OLIVEIRA DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/05/2022 16:31 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CID.....: CICLO...: / COBERTURA:
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

7078861

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

		Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1						
	Justificativa.: <i>direito</i>							
2	RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA)	1						
	Justificativa.: <i>direito</i>							

PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
CRM-PR: 28801

Nome do Paciente

Convenio União Educacional
Atendimento Dr. Alexandre da Silva
Data do Atendimento 11/01/2022
Referência União Educacional

Origem ☐ SIATE ☐ SAMU ☐ HUMANA ☐ PROCURA ☐ ESPONTÂNEA ☐ OUTROS

Tipo de Ocorrência

☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☒ ORTOPEDIA
☐ AGRESSÃO ☐ QUEIMADURA ☐ AFOGAMENTO

Mecanismo

☐ ATROPELAMENTO ☐ Queda Moto ☐ Queda Bicicleta

☐ AUTO X CAMINHÃO ☐ AUTO X AUTO ☐ OUTROS
☐ EJETADO ☐ SIM ☐ NÃO

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 ☐ ICTERICIA ☐ QUENTE/SECA ☐ FRIA/PEGAJOSA

COMORBIDADES

☐ HAS ☐ DM ☐ CARDIOPATA ☒ NÃO ☐ SIM

Qual(is)

Não

PRINCIPAIS LESÕES

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

PROTÓCOLO DOR TORÁCICA () PROTÓCOLO AVC () PROTÓCOLO DE SEPSE ()

QUEIMADOS

TIPO DE QUEIMADURA: () TEMPERATURA

() ELÉTRICA

() QUÍMICA

() BIOLÓGICA

() RADIAÇÃO

PROFUNDIDADE OU GRAU: () 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU

☐ Internação

☐ Alta

☐ Óbito

☐ Contra referência

Responsável: _____

Coren: _____

Dados do Atendimento

Atendimento: 7078861 Data/Hora: 12/05/2022 16:31 Prioridade: Baixa
Paciente: 562008 - JADE YASMIM OLIVEIRA DA SILVA Sexo: F Nasc.: 10/03/2015 (7a 2m 11d)
Prestador: 1798 - PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO J Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: MÃE REFERE TORÇÃO EM PÉ DIREITO HOJE - PRESENÇA DE EDEMA, ALGIA E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: RINITE

Alergias: DESCONHECE

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 101 bpm Temperatura: 35,9 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Álcool? 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:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: PESO: 46KG
SPO2:99%
MEDICADO HOJE: NÃO

