

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Carlos Gabriel Machado de Oliveira

Nº da Carteirinha: 11.4.1158

Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 24/07/1998

Nº da Guia: 7170



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/08/2022	15:10:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Perna Direita

Descrição
o aluno interno relata que estava jogando futebol e em uma divida de bola bateu sua perna com a do outro colega, ao terminar o jogo o local estava edemaciado e cianosado.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gabriel Bezerra	(11) 98369-0539

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Júnior	09/08/2022

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
O aluno esteve na enfermaria foi colocado bolsa de gelo e cataplasma de dolomita (antinflamatório). Permanece ainda muito edemaciado e cianosado, achei melhor encaminhar para o médico para tratamento medicamentoso.

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.971

Ass.:

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

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:

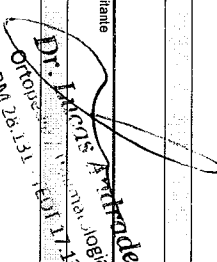
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 7264789

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 1141158		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome CARLOS GABRIEL MACHADO DE OLIVEIRA		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 LUCAS VINICIUS DE ANDRADE		16 - Conselho Profissional 6	
17 - Número no Conselho 28131		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante 	
Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitados			
21 - Carteira do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 11/08/2022	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 1 22			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039		26 - Descrição Consulta em pronto socorro	
27 - Ql.Solic. 1		28 - Ql.Autoriz. 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 relacionado)		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 - Tsc.		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		55 - Código CBO																									
56 - Data de Realização de Procedimento em Série								57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																															
1 -		M		M				3 -		M		M				5 -		M		M				7 -		M		M				9 -		M		M			
2 -		M		M				4 -		M		M				6 -		M		M				8 -		M		M				10 -		M		M			
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 Casos Medicinas (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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 7264789

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semia

6 - Data Validade da Semia

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
CARLOS GABRIEL MACHADO DE OLIVEIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado
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

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CIES

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 - Têc.

45 - % Red / Acraso

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operacional/CPP

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

56 - Observação Justificativa

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total da Taxa e Aluguel (R\$)

61 - Total Taxa de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (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: CFSILVA

Data/Hora: 11/08/2022 23:10:34

Consultor: 7264789

Atendimento: 7264789

Convênio: INST ADVENTISTA-IP

7264789



Atendimento:	7264789	Pedido:	2571769	Ac. Number:	3211480
Registro / Nome:	CARLOS GABRIEL MACHADO DE OLIVEIRA				
Data de Nascimento:	27/07/1998	Idade:	24 anos, 0 mês e 15 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	11/08/2022 20:28:00			Laudado:	17/08/2022
				09:52:52	
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE				

RX - PERNA DIREITA (AP/PERFIL)

Não se visualizam sinais de fraturas desviadas ao método.

Espaços articulares preservados.

MAYCON DE MORAIS SILVA

CRM- 38186

SAISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 6878862 DATA: 11/08/2022 20:26
USUÁRIO....: PLVANDRADE
ATENDIMENTO: 7264789 DT NASC: 27/07/1998 (24A OM 16D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 575888 - CARLOS GABRIEL MACHADO DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/08/2022 19:39 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUCAS VINICIUS DE ANDRADE SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM RELATO DE TRAUMA DIRETO EM TIBIA DIREITA A CERCA DE 4 DIAS
PROCURA ATENDIMENTO MEDICO SOMENTE HOJE
DEAMBULANDO

EFO
ADM COMPLETA DE JOELHO E TORNOZELO
DEMABULANDO SEM AUXILIO
NEUROVASCULAR OK
PELE INTEGRAL
EDEMA EM REGIÃO ANTERIOR DE TIBIA +/-
EQUIMOSE LOCAL

PLANO
SOLICITO RX
REAVALIO APÓS

7264789

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF PERNA (TIBIA)	1						
Justificativa.: dir							

VISITA HOSPITALAR

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

RX
EXAME REALIZADO
DATA <u>11/08/22</u>
HORÁRIO: <u>20:45</u>
TÉCNICO <u>[assinatura]</u>

PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE

Dr. Lucas Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 281135-PR: 28131

PRESCRIÇÃO.: 6878877 DATA: 11/08/2022 20:40
USUÁRIO....: PLVANDRADE
ATENDIMENTO: 7264789 DT NASC: 27/07/1998 (24A 0M 16D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 575888 - CARLOS GABRIEL MACHADO DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 11/08/2022 19:39 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

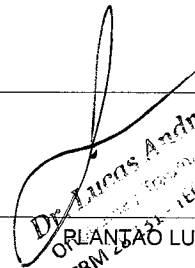
MÉDICO.....: PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO

RX SEM SINAIS DE FRATURAS COM DESVIO OU LUXAÇÕES

PLANO
ANALGESIA
GELO LOCAL
REPOUSO
ATESTADO
RETORNO SE NECESSARIO
ORIENTAÇÕES GERAIS


Dr. Lucas Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 28131-16017.135

PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE
CRM-PR: 28131

