

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabrielly Alves Santos
Nº da Carteira: 11.4.10480
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 01/06/2000

Nº da Guia: 7704

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/09/2022	21:30:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Direita

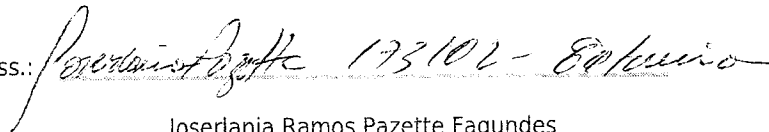
Descrição
Aluna relata que estava jogando voley e ao receber uma bola o polegar virou para trás e a mesma colocou no lugar, apresentando edema e dor no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Carmem Guadalupe +595 975668462	()

Quem prestou primeiros socorros	Data
CELIA TEIXEIRA DAMASCENO DA SILVA	04/09/2022

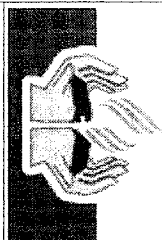
Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Observações
Apresenta edema local e dor intensa ao movimentar. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.: 
Joserlania 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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 7704

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
5 - Seria
6 - Data Validade da Seria
7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário
8 - Numero da Carteira
11410480
9 - Validade da Carteira
10 - Nome
GABRIELLY ALVES SANTOS
11 - Numero 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
PLANTAO TEONARDO BENI GOMES
16 - Conselho Profissional
6
17 - Numero no Conselho
43499
18 - UF
41
19 - Código CBO
225125
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
21 - Caráter do Atendimento
22 - Data da Solicitação
06/09/2022
23 - Indicação Clínica
2

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
1
26 - Descrição
Consulta em pronto socorro
27 - Q. Solic.
1
28 - Q. 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 Encaminhamento / 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 - Toc
45 - % Red / Acresc
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
48 - Seq. Ref.
49 - Gr. Pat.
50 - Código na operadora / CPF
51 - Nome do Profissional
52 - Conselho Profissional
53 - Numero no Conselho
54 - UF
55 - Código CBO

56 - Data de Realização do 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 do Material (R\$)
62 - Total de OPM (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



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

2 - Nº Guia no Prestador 7704

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000
3 - Nº Guia Principal 7704

4 - Data de Autorização 5 - Sembr 6 - Data Validade da Sembr 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 11410480 9 - Validade da Carteira 10 - Nome GABRIELLY ALVES SANTOS 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 PLANTAO LEONARDO BENT GOMES 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 43499 18 - UF 41 19 - Código CBO 225125 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 06/09/2022 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Q1 Solic. 28 - Q1 Autoriz.

1 22 40803120 RX - Mao ou quirodactilio 1 0
2 22 30712092 Luva 1 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 - Q1de. 43 - Via 44 - Téc. 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/CNP 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 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Taxas de Materiais (R\$) 62 - Total de OPIE (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: AMMORAIS Data/hora: 06/09/2022 09:31:37 Contatado: 7310326 Atendimento: 7310326 Convênio: INST. ADVE/INST. TAAP

7310326



Atendimento: 7310326 Pedido: 2588528 Ac. Number: 3232788
Registro / Nome: GABRIELLY ALVES SANTOS
Data de Nascimento: 01/06/2000 Idade: 22 anos, 3 meses e 5 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 06/09/2022 08:06:00 Laudado: 06/09/2022
15:55:40
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - MÃO DIREITA (2 INCIDÊNCIAS)

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.: 6938389 DATA: 06/09/2022 08:00
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7310326 DT NASC: 01/06/2000 (22A 3M 6D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 578757 - GABRIELLY ALVES SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/09/2022 07:35 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO LEONARDO BENI GOMES SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE RELATA QUE TORCEU O DEDO JOGANDO VOLLEY, REFERE DOR A MOBILIZAÇÃO DO 1ºQDC DA MÃO DIREITA

EFO
PELE INTEGRAL
EQUIMOSE EM BASE DO POLEGAR ESQ
ADM TOTAL POREM DOLOROSA DO 1º QDC DIR
TESTE DE ESTRESSE VALGO E VARO DOLOROSOS
NEUROVASCULAR OK

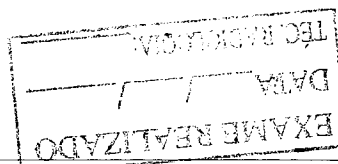
RX REAVALIO APOS

7310326

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						
Justificativa.: T							
Obs.: DIREITO							
AP + P DO 1º QDC							



VISITA HOSPITALAR

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

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT: 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

PRESCRIÇÃO.: 6938509 DATA: 06/09/2022 08:38
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7310326 DT NASC: 01/06/2000 (22A 3M 6D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 578757 - GABRIELLY ALVES SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/09/2022 07:35 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO LEONARDO BENI GOMES SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA OU LUXAÇÕES NO MOMENTO

LESÃO DE STENER??

PT
IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA
ATESTADO
RETORNO AMBULATORIAL
ANALGESIA
ORIENTAÇÕES EM QUANTO A PROVAVEL LESÃO
A DISPOSIÇÃO.

7310326

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 IMOBILIZACAO LUVA GESSADA	1					[06/09]	08:38

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / FOT 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 28684

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7310326 **Prontuário:** 578757 **SAME:** **Hora Atend:** 07:35 **Data Atend:** 06/09/2022
Paciente..... : GABRIELLY ALVES SANTOS **Idade:** 22 a
Endereço..... : RUA PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA **UF..:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **Plano....:** COLEGIO ADVENTISTA ENFERMEIROS
CID Principal.....: S634 - RUPTURA TRAUMATICA DO LIGAMENTO DO DEDO NAS ARTICULACOES METACARPOFALANG
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS PROCEDIMENTO
Data Saída..... : 06/09/2022 **Hora Saída :** 08:44

Prestador da Evolução Médica:

PLANTAO LEONARDO BENI GOMES


Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / 150715204

PLANTAO LEONARDO BENI GOMES / 43499
CLINICO GERAL

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Coletor de Urina CURITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/ag5ml
	Água Oxigenada – ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva – cm		Seringa Descartável s/ag10ml
	Agulha descartável 25x7		Compr. de gase 7,5 x 7,5 (setor) - un		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/ag20ml
	Agulha descartável 40x12		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Intracath infantil		Sonda Aspiração nº
	Álcool Iodado – ml		Dreno pen rose nº01		Lâmina de bisturi nº 11		Sonda Foley2 vias nº
1	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno pen rose nº02		Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley3 vias nº
1	Atadura algodão ortopédica 20cm		Dreno pen rose nº03		Luva estéril nº		Sonda Nasogástrica longa nº
1	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Eletrodo desc. de papel- unidade		Luva de procedimento __ un		Tala de Alumínio P
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo macrogotas		Malha Tubular nº ____ cm		Tala de Alumínio M
	Atadura gessada 10cm		Equipo microgotas		Micropore 25 mm – cm		Tala de Alumínio G
	Atadura gessada 20cm		Escalpe nº		Polifix Padrão		Kit Dren adulto
	Benzina – ml		Espatradrapo – cm		PV/PI degermante		Kit Dren infantil
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 24-14 T)		PCPI tópico		Xylocaina 2% s/vaso
	Cadargo – 100cm		Fio Polycot 2-0 (P 13 T)		Salto de madeira adulto		
	Cânulaend. S/balão nº		Fio Polycot 3-0 (P 14 T)		Salta de madeira infantil		
	Cânula end. C/balão nº		Fio Mononylon4-0 (1129 T)		Seringa descartável s/ag3ml		

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Drenagem torácica – Kit Dren	Nebulização	Retirada de soro
Aplicação IM	Eletrocardiograma	Oxigênio: Início: ____ Fim: ____	Sondagem vesical de alívio
Aspiração	Fixação de Escala de Soro	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Cardioversão elétrica	Fixação de Cateter de O ₂	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Curativo P	Flebotomia	Punção Lombar	Traqueostomia
Curativo M	Glicemia Capilar	Punção Venosa – Adulto	Verificação de sinais vitais
Curativo G	Monitorização Cardíaca: Início: ____ Fim: ____	Punção Venosa – Infantil	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Relatório de enfermagem por Sr. Samuel A.

Dados do Atendimento

Atendimento: 7310326 Data/Hora: 06/09/2022 07:35 Prioridade: Baixa
Paciente: 578757 - GABRIELLY ALVES SANTOS Sexo: F Nasc.: 01/06/2000 (22a 3m 6d)
Prestador: 5017 - PLANTAO LEONARDO BENI GOMES Especialidade: 98 - CLINICO GERAL
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

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

Queixa principal: PCT REFERE TRAUMA EM DEDO DA MÃO DIREITA HA 2 DIAS

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT: 100% FR 17 DOR

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 100 x 70 mmHG Pulso: 79 bpm Temperatura: 36 °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: VERDE	

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: