

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Daniel Orlando Omar

Nº da Carteira: 11.4.10809

Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná

Data de Nascimento: 11/07/2001

Nº da Guia: 7885



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/06/2022	20:30:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição
O aluno relata que estava jogando vôlei, e ao bater na bola de mal jeito com as mãos, sentiu o polegar sair do lugar, referiu dor, edema e cianose.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ana Karina	(45) 9861-2465

Quem prestou primeiros socorros	Data
CELIA TEIXEIRA DAMASCENO DA SILVA	20/06/2022

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
Desde a data do ocorrido o aluno esteve na enfermaria, foi tratado com gelo, arnica e dolomita, ao apresentar melhora não procurou mais a enfermaria. Mais agora nos procurou dizendo que refere dor ao menor esforço, e ao pegar peso, ate mesmo ao girar uma maçaneta de porta. Disse para nos procurar caso não melhorasse.

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000 602.977

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 7330616

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

DANIEL ORLANDO OMAR

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

13 - Nome do Solicitante

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT

16 - Conselho Profissional

41325

17 - UF

41

18 - Código CBO

2250

19 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Juan Celso Gonçalves

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data de Solicitação

16/09/2022

23 - Indicação Clínica

2

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Solic.

28 - CL/Autoriz.

0

Dados do Contratado Específicos

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9366230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Encargos / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtda.

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Específicos

48 - Seq. Ref.

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 do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de OPMs (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: AHAVERIA

Data/Hora: 16/09/2022 15:03:40

Contat/Loc: 7330616

Atendimento: 7330616

Convênio: INST ADVENTISTAL-AP

7330616



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

2 - Nº Guia no Prestador 7330616

Folha: 1 / 1

1 - Registro AINS 0000000		3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data Validade da Senha		7 - Numero da Guia Arbitrado pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Numero da Carteira 11410809		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome DANIEL ORLANDO OMAR		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 LUAN CELSO GONCALVES		16 - UF 41	
17 - Conselho Profissional 31517		18 - Código CBO 225270	
19 - Assinatura do Profissional Solicitante			
Dados da Solicitação, Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 16/09/2022	
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40803120		26 - Descrição FX - Mao ou quirodactilho	
27 - Qt. Solic. 2		28 - Qt. 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 relacionadas)	
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 - Têc.		45 - % Red / Acrec.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)			
48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part.	
50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Numero no Conselho	
54 - UF		54 - 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 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			
69 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
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			
78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
89 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
90 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
91 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
92 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
93 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
94 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
95 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
96 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
97 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
98 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
99 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
100 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			



Atendimento:	7330616	Pedido:	2595744	Ac. Number:	3241959
Registro / Nome:	DANIEL ORLANDO OMAR				
Data de Nascimento:	11/07/2001	Idade:	21 anos, 2 meses e 5 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	16/09/2022 15:23:00			Laudado:	20/09/2022 12:47:51
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	LUAN CELSO GONCALVES R				

RX - POLEGAR (BILATERAL)

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 6963285 DATA: 16/09/2022 15:22
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 7330616 DT NASC: 11/07/2001 (21A 2M 7D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 580028 - DANIEL ORLANDO OMAR
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 16/09/2022 15:02 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUAN CELSO GONCALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUM POLEGAR DIREITO JOGANDO VOLEI HA 2 MESES

ADM COMPLETA
SEM CREPITAÇÕES OU DEFORMIDADES
NEUROVASCULAR OK

CD:
- RX

7330616

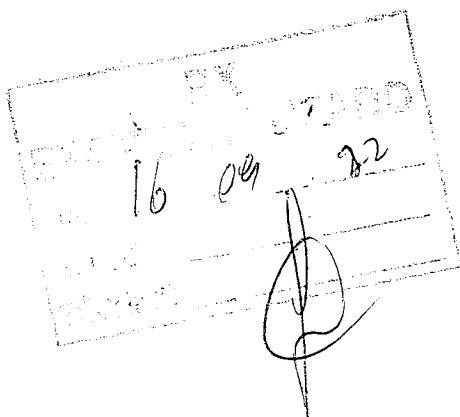
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						
Justificativa.: AP + PERFIL POLEGAR DIREITO							
2 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						
Justificativa.: DIR							

VISITA HOSPITALAR

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



Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR: 31.517 / TEOD 1590

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31517

PRESCRIÇÃO.: 6963413 DATA: 16/09/2022 16:22
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 7330616 DT NASC: 11/07/2001 (21A 2M 7D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 580028 - DANIEL ORLANDO OMAR
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 16/09/2022 15:02 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUAN CELSO GONCALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURAS OU LUXAÇÕES

CD;
- ORIENTAÇÕES
- ANALGESIA
- RETORNO
- ATESTADO

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

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31517

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7330616 **Prontuário:** 580028 **SAME:**
Paciente..... : DANIEL ORLANDO OMAR
Endereço..... : RUA GLEBA
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saida..... : 16/09/2022

Hora Atend: 15:02 **Data Atend:** 16/09/2022
Idade: 21 a

UF...: PR **CEP:** 87130000
Plano....: COLEGIO ADVENTISTA ENFEF

Hora Saida : 16:21

Prestador da Evolução Médica: **LUAN CELSO GONCALVES**

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

ORT

Dados do Atendimento

Atendimento: 7330616 Data/Hora: 16/09/2022 15:02 Prioridade: Baixa
Paciente: 580028 - DANIEL ORLANDO OMAR Sexo: M Nasc.: 11/07/2001 (21a 2m 7d)
Prestador: 5269 - PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT Especialidade: 15 - CLINICA 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: DOR NO POLEGAR HA 3 MESES

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SPO2 98% DOR 3 FR 20

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 130 x 74 mmHG Pulso: 63 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: AZUL

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: