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

2 - Nº Guia no Prestador 7466041000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
29/11/2022	9296		9296

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
11110794	31/12/2024	GILBERTO MACEL DE FREITAS FILHO		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 FLAVIO ARRAVAL DENARI OLIVEIRA	06	40162	41	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	29/11/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.

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
11	9		

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36-Data	37-Hr.Inicial	38-Hr.Final	39-Tabela	40-Procedimento	41-Descrição	42-Qtde.	43-Via	44-Téc.	45-Fator R/Acr	46-Valor Unitário	47-Valor Total
1 29/11/2022	23:30	23:30	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.3	100.00	100.00

Identificação do(s) Profissional(is) 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
1	12	23876304000112	ANDRE ALBERTI CASADEI	06	38632	41	225270

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - ___/___/_____ _____ 3 - ___/___/_____ _____ 5 - ___/___/_____ _____ 7 - ___/___/_____ _____ 9 - ___/___/_____ _____

2 - ___/___/_____ _____ 4 - ___/___/_____ _____ 6 - ___/___/_____ _____ 8 - ___/___/_____ _____ 10 - ___/___/_____ _____

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	63 - Total de Medicamentos (R$)	64 - Total de Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)
100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gilberto Marcel de Freitas Filho
Nº da Carteirinha: 11.1.10794
Instituição: IAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 25/08/2005 | **Nº da Guia:** 9296

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/11/2022	21:06:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (**Ex.: escada**)	Braço Direito, Braço Esquerdo, Mão Esquerda, Coxa Esquerda

Descrição

Aluno retornando ao residencial após atividade da escola em "trator-trenzinho", onde SIC caiu do veículo devido a movimentos excessivos na parte externa. Ao cair ao solo, uma das rodas do veículo passou sobre MSD. Apresenta abrasamentos em MSE e MSD. Apresenta escoriação em região do MIE, sem sangramentos. Nega cervicalgia, nega perda de consciência, sem indicação de RMC. Após avaliação da equipe de enfermagem, realizado limpeza, desinfecção e curativo oclusivo em MSD e MSE. A princípio, sem indicação de avaliação médica. Realizado curativos diários com SF0,9% e pomada Nebacetin, com a autorização da mãe. Após 5 dias de tratamento, foi discutido o caso com a equipe de enfermagem e decidido encaminhar para avaliação médica para o uso de medicações específicas para a lesão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Pr. Cedrick	(44) 3236-8000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Júnior e Enf. Célia Damasceno	25/11/2022

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

Encaminhado para avaliação médica via seguro.

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

Ass.:

Célia Teixeira Damasceno da Silva

Para tratamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos
https://sistemas.asb.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 **9296**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	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
11110794		GILBERTO MACEL DE FREITAS FILHO		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 FLAVIO ARRAVAL DENARI OLIVEIRA	06	40162	41	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	29/11/2022	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt.Autoriz.
1	22	10101039	Consulta em pronto socorro	1	0

Dr. André Alberti Casadei
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 38.632

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 Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr.Inicial	38 - Hr.Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc.	45 -% Red / Acresc.	46 -Valor Unitário (R$)	47 -Valor Total (R$)

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

48 - Seq.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

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____ 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| _____

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$)	64 - Total Gases Medicinais (R$)	65 - Total Geral (R$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: OBBONASSOLLI Data/Hora: 29/11/2022 22:43:03 Conta/Lote: 7466041 Atendimento: 7466041 Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7466041

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 7132170 DATA: 29/11/2022 23:30
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 7466041 DT NASC: 25/08/2005 (17A 3M 6D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 555697 - GILBERTO MACEL DE FREITAS FILHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/11/2022 22:40 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO FLAVIO ARRAVAL DENARI OLIVEIRA SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT..: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE
COM HISTORICO DE ESCORIAÇOES
HA 5 DIAS
EM REGIAO DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

EFO
ESCORIEAÇOES EM ANTEBRAÇO ESQUERDO
COM SINAIS DE BOA CICATRIZAÇAO
ADM NORMAL
NEUROBASCULAR OK

PT
ANTIBIOTICO
CURATIVO
ORIENTAÇOES
RETRONO SE NESCESSARUO
A DISPOSIÇAO

7466041

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7466041 **Prontuário:** 555697 **SAME:** **Hora Atend:** 22:40 **Data Atend:**29/11/2022
Paciente..... : GILBERTO MACEL DE FREITAS FILHO **Idade:** 17 a
Endereço..... : GLEBA PIACANDU
Bairro..... :
Cidade..... :IVATUBA **UF..:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... :CLINICA ADVENTISTA - CLAC **Plano...:** CLINICA ADVENTISTA ENFERI
CID Principal.....: S510 - FERIMENTO DO COTOVELO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 29/11/2022 **Hora Saída :** 23:34

Prestador da Evolução Médica: **PLANTAO FLAVIO ARRAVAL DENARI OLIVEIRA**

Dr. Andre Luberti Casadei
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 38.632

PLANTAO FLAVIO ARRAVAL DENARI OLIVEIRA / 40162
CLINICO GERAL

Dados do Atendimento

Atendimento: 7466041 **Data/Hora:** 29/11/2022 22:40 **Prioridade:** Baixa
Paciente: 555697 - GILBERTO MACEL DE FREITAS FILHO **Sexo:** M **Nasc.:** 25/08/2005 (17a 3m 6d)
Prestador: 5217 - PLANTAO FLAVIO ARRAVAL DENARI OLIVEIRA **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: REFERE DOR EM ESCORIAÇÕES DE MMSS APÓS QUEDA HA 3 DIAS

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT:99%AA DOR 04
Alergias: SULFA

Sinais Vitais

P.A.: 129 x 54 mmHG **Pulso:** 57 bpm **Temperatura:** 36,4 ºC

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito
Menarca:
Últ. Menstruação:
Nº de Partos:
1º Congresso Sexual:
Higiene Bucal: Boa
Cidade:

Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Fumante? Sim ☐ Não ☒
Dor? Sim ☐ Não ☒
Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
UF: **Hospital:** VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ **Qual?**
Medicações:
Antecedentes Patológicos:
Histórico da Doença:
Observações: