

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Isabelli Cristina Cavalcanti da Silva
Nº da Carteirinha: 4.31.3763
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 17/01/2008

Nº da Guia: 9979

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/03/2023	12:39:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

Aluna levou bolada durante educação física e sentiu tontura.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	08/03/2023

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 foi atendido pelo coordenador disciplinar, que forneceu gelo.

Ass.:

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

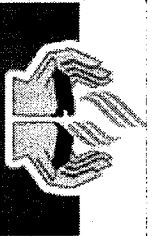
Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (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

Impresso por: Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

1 de 1

8/03/2023 12:45



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

2 - Nº Guia no Prestador 9979

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sessão

6 - Data Validade da Sessão

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ISABELLI CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

4313763

Dados do Solicitante

13 - Código de Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

LUCAS SALEM VEDOVELLO

16 - Conselho Profissional

41319

18 - UF

225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

08/03/2023

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

1

22

10101039

Consulta em pronto socorro

Lucas Salem Vedovello
MÉDICO
CRM-PR 47819

Dados do Contratado/Executor

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 Atendimento (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 - Qtda. 43 - Via

44 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executor(a)

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPIUE (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: MECISILVA

Data/Hora: 08/03/2023 13:39:54

Consult. de: 7625254

Atendimento: 7625254

Contratado: INST. ADVENTISTA/SP

7625254



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

2 - Nº Guia no Prestador 7625254

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
9979

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número de Guia Arbitrado pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário
4313763

9 - Validade da Carteira
ISABELLI CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA

10 - Nome
ISABELLI CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
LUCAS SALEM VEDOVELLO

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
41319

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
09/03/2023

23 - Indicação Clínica

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

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CUES
9365230

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)
34 - Tipo de Consulta
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

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

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 de Procedimento em Série
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)
60 - Total de Taxas e Autuações (R\$)
61 - Total Taxas de Materiais (R\$)
62 - Total de CPME (R\$)
63 - Total de Medicamentos (R\$)
64 - Total Gases Médicos (R\$)
65 - Total Geral (R\$)

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

Impresso por: LIMA/CECO
Data/Hora: 09/03/2023 07:03:09
Contato: 7625254
Atendimento: 7625254
Contato: INST. ADVENTISTA/PA
Comênio: INST. ADVENTISTA/PA

7625254



Atendimento: 7625254 Pedido: 2702020 Ac. Number: 3376704
Registro / Nome: ISABELLI CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
Data de Nascimento: 17/01/2008 Idade: 15 anos, 1 mês e 21 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 08/03/2023 14:24:00 Laudado: 08/03/2023
15:02:03
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: LUCAS SALEM VEDOVELLO R

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica: Aquisição multislice sem a utilização do contraste venoso.

Relatório:

Calota craniana de aspecto normal.

Parênquima encefálico com morfologia e densidade preservada.

Espaços liquóricos subaracnóideos de aspecto habitual.

Sistema ventricular de dimensões e morfologia preservadas.

Estruturas da linha média centradas.

Não se evidencia hemorragia aguda intracraniana.

Impressão Diagnóstica:

Estruturas encefálicas sem anormalidades.

ISABELLA DANTAS SACCHI R.

CRM- PR: 40827

SUELLEN SCHNEIDER

CRM- PR: 34421

PRESCRIÇÃO.: 7338593 DATA: 08/03/2023 14:21
USUÁRIO.....: LSVEDOVELLO
ATENDIMENTO: 7625254 DT NASC: 17/01/2008 (15A 1M 20D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 596488 - ISABELLI CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/03/2023 13:38 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUCAS SALEM VEDOVELLO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

CIRURGIA GERAL / PS

PACIENTE TEVE TCE HOJE ENQUANTO JOGAVAVA VOLEI, QUEIXA-SE DE CEFALIA LOCAL E TONTURA.
NEGA SINCOPE, NAUSEAS, VOMITOS OU OUTRAS QUEIXAS.

NEGA ALERGIAS
NEGA COMORBIDADES
NEGA MUC

AO EXAME BEG EUPNEICA
SV ESTAVEIS
GLASGOW 15, PIFR, SEM DECIFICTS NEUROLOGICOS AGUDOS

HD: TCE LEVE
PT: TC CRANIO // RECUSA ANALGESIA EV - PRESCREVO VO

7625254

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

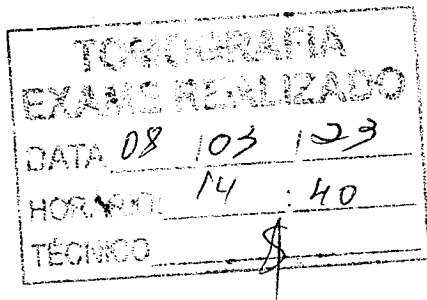
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 TC COMP DE CRANIO	1					
Justificativa.: tce						

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 TYLENOL 750MG CPR	1	COMPRIMIDO		VO	AGORA	[08/03] 14:22

VISITA HOSPITALAR

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



CS

LUCAS SALEM VEDOVELLO
CRM-PR: 41319

PRESCRIÇÃO.: 7338747 DATA: 08/03/2023 14:52
USUÁRIO....: LSVEDOVELLO
ATENDIMENTO: 7625254 DT NASC: 17/01/2008 (15A 1M 20D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 596488 - ISABELLI CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/03/2023 13:38 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUCAS SALEM VEDOVELLO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

reavaliação
paciente segue estavel
sem queixas
discuto tc de cranio com radiologista: sem sinais de sangramento ou fratura / linha media centrada / sulcos e cisternas preservados

hd: tce leve
pt: alta com orientações / retorno se sinais de alerta / termo tce leve



LUCAS SALEM VEDOVELLO
CRM-PR: 41319



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SALA DE EMERGÊNCIA

ETIQUÊ

ISABELLI CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
Dt. Nasc: 17/01/2008 Sx: F
Pront: 596488 Dt: 08/03/2023
INST. ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVEI



Nome do Paciente

Data de Nascimento

Convênio

Atendimento

Data do Atendimento

Origem

☐

SIATE

☐

SAMU

☐

HUMANA

☒

PROCURA
ESPONTÂNEA

☐

OUTROS

Tipo de Ocorrência

☐

TRAUMA

☐

AGRESSÃO

☐

QUEDA

Mecanismo

☐

ATROPELAMENTO

☐

AUTO X CAMINHÃO

☒

CLÍNICO

☐

FAB

☐

QUEIMADURA

☐

QUEDA MOTO

☐

AUTO X AUTO

☐

ORTOPEDIA

☐

FAF

☐

AFOGAMENTO

☐

QUEDA BICICLETA

☐

OUTROS:

☐

AUTO X MOTO

☐

EJETADO

☐

SIM

☐

NÃO

NEUROLÓGICO

☐

AUSENTE

☒

CONSCIENTE

☐

CONFUSO

☐

AGITADO

☐

DESCONEHO

☐

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

☐

ICTERÍCIA

☐

QUENTE/SECA

☐

FRIA/PEGAJOSA

DADOS VITAS

HORÁRIO:

PA:

100 x 69

BPM:

92

FR:

21

SPO2:

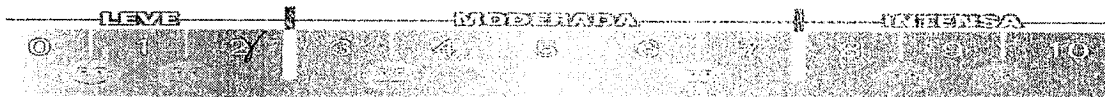
90%

T°:

36

Glasgow

15



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Escala de Dor:

2

COMORBIDADES

☐

HAS

☐

DM

☐

CARDIOPATA

☐

NÃO

ALERGIAS

☐

SIM

☐

NEFROPATA

☐

HEPATOPATA

☐

OUTRAS

Qual(is)

Qual(is)

PRINCIPAIS LESÕES

☐

ESCORIAÇÃO

☐

CONTUSÃO

☐

LACERAÇÃO

☐

LUXAÇÃO

☐

FRAT.FECHADA

☐

FRAT.EXPOSTA

☐

F.C.C

LOCAL:

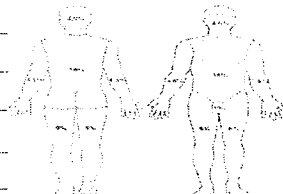
QUEIMADOS

TIPO DE QUEIMADURA: () TEMPERATURA () RADIAÇÃO () QUÍMICA

() ELÉTRICA

() BIOLÓGICA

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

☐

Internação

☐

Alta

☐

Óbito

☐

Contra referência

Responsável:

Suelen

Coren:

Suelen S. Gonçalves
Enfermeira
COREN/PR 537197