

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ester Daniely da Silva Campos
Nº da Carteirinha: 11.4.12553
Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná



Data de Nascimento: 26/11/2003

Nº da Guia: 10015

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/03/2023	21:50:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Pé Esquerdo, 1º Dedo Pé Esquerdo

Descrição

Aluna relata que estava subindo na escada da FAP quando tropeçou na sandália, caindo e bateu o 1º dedo do pé esquerdo na quina da escada.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Carol	(44) 9844-4519

Quem prestou primeiros socorros	Data
Paloma	08/03/2023

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Atendimento no próprio estabelecimento				

Observações

Relata dor no local. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Joselania 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

2 - Nº Guia no Prestador 10015

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora
4 - Data de Autorizacao				

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atribuição a RN
	6972171		ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS		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 DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO.	16 - Conselho Profissional 6
17 - Número no Conselho 28.801	
18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante CRM 28801	
21 - Data da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 09/03/2023	
22 - Caráter do Atendimento 2	23 - Indicação Clínica

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

33 - Código ONES	9365230
30 - Nome do Contratado	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
29 - Código na Operadora	23876304000112
28 - Código do Contratado Excluído	

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

Dados de 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 - Tec.	45 - % Real. / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Excedente(s)	49 - Gr. Part	50 - Código na operação/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	54 - Código CBO
49 - Seq. Ref.							

56 - Data de Realização do Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
1 -	____/____/____	3 -	____/____/____
2 -	____/____/____	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 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 Constatado	

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

2 - Nº Guia no Prestador 7627877

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal 10015	6 - Data Validade da Senha	7 - Número de Guia Atribuido pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha		

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 6972171	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ESTER DANIEL Y DA SILVA CAMPOS	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RU N
-----------------------	-----------------------------------	--------------------------	---	---	----------------------------

13 - Código de Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional
PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO.	6
17 - Número no Conselho	18 - UF
28.801	41
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
225270	
21 - Cartão de Atendimento	
2	22 - Data da Solicitação
09/03/2023	23 - Índice da Clínica

24 - Tabella	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.
1	30729165	Fraturas e/ou luxações do antepé - redução incruenta	1	0
2	30711010	Imobilizações não-gessadas (qualquer segmento)	1	0

29 - Código na Operadora 238763040000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9366230
---	---	-----------------------------

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

Identificação do(a) Profissional(s) Examinando(s)	49 - Seq. Ref.	50 - Código na operador/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	54 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Saúde	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1- _____	3- _____
2- _____	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 Materiais (R\$)	62 - Total de OPIE (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Casos Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
			68 - Assinatura do Contratado			



Atendimento: 7627877 Pedido: 2702915 Ac. Number: 3377844
Registro / Nome: ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS
Data de Nascimento: 26/11/2003 Idade: 19 anos, 3 meses e 14 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 09/03/2023 16:00:00 Laudado: 16/03/2023
14:04:00
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR

RX - PÉ ESQUERDO (02 INCIDENCIAS)

Fratura incompleta e alinhada de falange proximal do 1° pododactilo em seu terço distal.


MAYCON DE MORAIS SILVA
CRM- 38186


AISAR MOHAMMAD JABER
CRM- PR: 30939



Atendimento: 7627877 **Pedido:** 2702915 **Ac. Number:** 3377845
Registro / Nome: ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS
Data de Nascimento: 26/11/2003 **Idade:** 19 anos, 3 meses e 14 dias **Sexo:** F
Pedido do Exame: 09/03/2023 16:00:00 **Laudado:** 16/03/2023 14:04:21
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR

RX - TORNOZELO ESQUERDO (02 INCIDENCIAS).

Estrutura óssea conservada.

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares


MAYCON DE MORAIS SILVA
CRM- 38186


AISAR MOHAMMAD JABER
CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 7341854 DATA: 09/03/2023 16:00
USUÁRIO.....: PDECJUNIOR
ATENDIMENTO: 7627877 DT NASC: 26/11/2003 (19A 3M 13D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 596636 - ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/03/2023 15:12 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

7627877

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

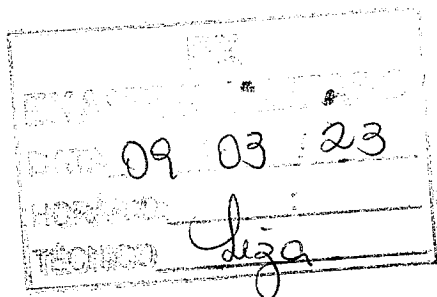
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
--	-----	---------	----	-----	------------	------	----------

1	RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1					
---	-------------------------------	---	--	--	--	--	--

Justificativa.: DOR

2	RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA)	1					
---	--	---	--	--	--	--	--

Justificativa.: ESQ



PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
CRM-PR: 28.801

PRESCRIÇÃO.: 7341913 DATA: 09/03/2023 16:27
USUÁRIO....: PDECJUNIOR
ATENDIMENTO: 7627877 DT NASC: 26/11/2003 (19A 3M 13D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 596636 - ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/03/2023 15:12 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

CONTUSAO DE HALUX ESQUERDO COM HIPERFLEXAO DO MESMO
REFERE DOR LOCAL

EF:
BEG
NEUROVASCULAR OK
DOR EM REGIAO DE BASE DE HALUX A ESQUERDA, AUSENCIA D EDEFORMDIADE OU CREPTAÇÃO

RX COM EVIDENCIA DE FRATURA INCOMPLETA EM FALANGE PROXIMAL DE HALUX ESQUERDO TERÇO DISTAL

PLANO TERAPEUTICO:
IMOBILIZAÇÃO
ORIENTAÇÕES
RECEITA
RETORNO
ALTA

7627877

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 FRATURA DOS OSSOS DO PE - RED INCRUENTA	1					[09/03] . 16:27

VISITA HOSPITALAR

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


PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
CRM-PR: 28.801

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7627877 **Prontuário:** 596636 **SAME:** **Hora Atend:** 15:12 **Data Atend:** 09/03/2023
Paciente..... : ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS **Idade:** 19 a
Endereço..... : RUA GLEBA
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : PAICANDU **UF...:** PR **CEP:** 87140970
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **Plano....:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal..... : S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS PROCEDIMENTO
Data Saída..... : 09/03/2023 **Hora Saída :** 16:46

Prestador da Evolução Médica: **PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR**


PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR / 28.801
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

TAXA DE SALA

Handwritten signature

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
Abocath nº		Compr. de gaze 7,5 x 7,5 (selec) - un		Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº	
Água Oxigenada - ml		Compr. do gaze tipo queijo (45cm)		Estensiofix 20 cm		Sonda Foley 2 vias nº	
Aguilha descartável 25x7		Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Paulão		Sonda Foley 3 vias nº	
Aguilha descartável 40x12		Cateter Central		PVPi degermante		Sonda Uretral nº	
Álcool Iodado - ml		Dreno de Tórax nº		PVPi tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº	
Alcatura algodão ortopédica 10cm		Elarodo desc. de papel - unidade		Clorexetina Alcolica		Sonda Nasoenteral	
Alcatura algodão ortopédica 20cm		Equipo Macroscopas		Seringa descartável 3x30ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado	
Alcatura crepom (PS/CC) 10cm		Equipo Bomba		Seringa Descartável 3x30ml		Coletor Sistema Aberto	
Alcatura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo BIC Foto		Seringa Descartável 3x30ml		Tala de Alumínio P () M () G ()	
Alcatura gessada 10cm		Escalpe nº		Seringa Descartável 3x30ml		Cateter Tipo Occlus	
Alcatura gessada 20cm		Fio Catgut simples nº		Seringa Descartável 3x30ml		Xylocaina gel	
Bonzieta - ml		Fio Mononylon nº		Seringa Insulina			
Bolsa de colostomia descartável		Lâmina de bisturi nº		Lanceta			
Cedarg - 100cm		Lâmina de bisturi nº					
Cateter ent. Silex nº		Malha Tubular nº					
Cateter ent. Chitão nº							

PROCEDIMENTOS

Oxigenação Início:	Final:	Sondagem vesical de alívio
Passagem de Cateter Venoso Central		Sondagem vesical de drenagem
Punção abdominal		Sondagem nasogástrica
Punção Lombar		Tragoclostomia
Punção Venosa - Adulto		Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Handwritten text: Paciente apresenta quadro de insuficiência renal crônica, com sinais de desidratação e hiperkalemia. Evoluiu com melhora da função renal após tratamento com diálise.

Suellem S. Gonçalves
Enfermeira
COREN/PR 531197

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SALA DE EMERGÊNCIA

ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS
Dt. Nasc: 26/11/2003 Sx: F
Pront: 596636 Dt: 09/03/2023
INST. ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADVEN

ETIQUETA I



Data de Nascimento

Nome do Paciente

Convênio

Atendimento

Data do Atendimento

Origem ☐ SIATE ☐ SAMU ☐ HUMANA ☒ PROCURA ESPONTÂNEA ☐ OUTROS

Tipo de Ocorrência

☐ TRAUMA☐ AGRESSÃO☐ QUEDA

Mecanismo

☐ ATROPELAMENTO☐ AUTO X CAMINHÃO☐ CLÍNICO☐ FAF☐ QUEIMADURA☐ QUEDA MOTO☐ AUTO X AUTO☒ ORTOPEDIA☐ FAF☐ AFOGAMENTO☐ QUEDA BICICLETA☐ OUTROS☐ AUTO X MOTOEJETADO ☐ SIM ☐ NÃO

NEUROLÓGICO

☐ AUSENTE☒ CONSCIENTE☐ COMUSO☐ VITANDO☐ INCONTINÊNCIA☐ INALMPESSÁVEL

RESPIRATÓRIO

☐ AUSENTE☒ EUPNEICO☐ TAQUIPNEICO☐ BRADIPNEICO☐ ASSISTIDA

CIRCULATÓRIO

☐ AUSENTE☒ NORMOCÁRDICO☐ BRADICÁRDICO☐ TAQUICÁRDICO

VIAS AÉREAS

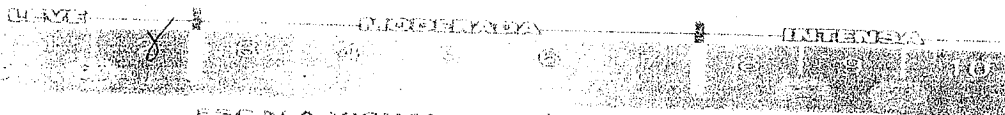
☒ LIVRE☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL☐ OBSTRUÇÃO TOTAL☐ EDEMA DE GLOTE

PELE

☒ NORMAL☐ PALIDEZ☐ CIANOSE☐ ICTERICIA☐ QUENTE-SECA☐ FRIA/PEGAJOSA

DADOS VITAS

HORARIO: PA: 104 x 68 BPM: 81 FR: 19 SPO2: 98% T°: 36 Glasgow: 15



Escala de Dor

2

COMORBIDADES

☐ HAS☐ DM☐ CARDIOPATA☐ NÃO☐ NEFROPATA☐ HIPERTOPATA☐ OUTRAS

ALERGIAS

☐ SIM

Qual(is)

PRINCIPAIS LESÕES

☐ LACERACÃO☐ CONTUSÃO☐ LACERACÃO☐ LUXAÇÃO☐ FRATURADA☐ FRATURADA☐ FURTO

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 637197

Versão 4.1

07-2022