

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ariel Pedro Fritzen Schneider
Nº da Carteira: 11.1.12533
Instituição: IAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 18/03/2008

Nº da Guia: 10510

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/03/2023	19:25:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição
Torção de MIE em jogo de vôlei. SIC o aluno pulou e caiu pisando no pé de um colega. Na queda refere torção do pé esquerdo realizando movimentos de rotação, adução e inversão. Apresenta edema e forte algia em região do maléolo lateral e região do tálus. Apresenta dificuldade para movimentar o membro e deambular.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Paulo	(44) 3236-8000

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Júnior	29/03/2023

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
Após imobilizar o membro, encaminhado para avaliação ortopédica no centro de referência.

Ass.:

Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR 715731
Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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: Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

1 de 1

29/03/2023 20:09



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

2 - Nº Guia no Prestador 10510

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000 3 - Nr. Guia Principal 10510

4 - Data de Autorização 5 - Semia 6 - Data Validada da Semia 7 - Número da Guia Atibuido pela Operadora

Dados do Beneficiário 8 - Número da Carteira 0000000000 9 - Validade da Carteira 10 - Nome ARIEL PEDRO FRITZEN 11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RU 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 SAMUEL MACHADO 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 28684 18 - UF 41 19 - Código CBO 225270 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Caráter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 30/03/2023 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

1 22 40804089 RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo) 1 0
2 22 30728134 Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento incruent 1 0

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.084 / TEOR 12.4

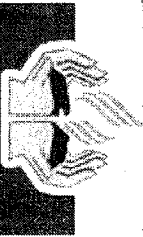
Dados do Contratado Executante 29 - Código na Operadora 23876304000112 30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A 31 - Código CNES 9366230

Dados do Atendimento 32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (acidente 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 - Cida. 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Red / Acq. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados 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 Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58 - Observação / Justificativa 59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Adjuvs (R\$) 61 - Total Taxas de Materiais (R\$) 62 - Total de OPIE (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Médicinas (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento 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 10510

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validada da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

0000000000

ARIEL PEDRO FRITZEN

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO EDUARDO DE FREITAS BUOGO

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

48881

18 - UF

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

29/03/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22

25 - Código do Procedimento

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt Solic

1

28 - Qt Autoriz.

0

Dados do Contrato Executado

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT 15286

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 - Qtd. 43 - Via

44 - Txc

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Seq. Rel.

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

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: GOFERREIRA

Data/Hora: 28/03/2023 21:16:13

Controle: 766716

Atendimento: 7607716

Conteúdo: INST ADVERTIS/TAAP

7667116



Atendimento:	7667116	Pedido:	2716346	Ac. Number:	3394886
Registro / Nome:	ARIEL PEDRO FRITZEN				
Data de Nascimento:	18/03/2008	Idade:	15 anos, 0 mês e 11 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	29/03/2023 21:49:00			Laudado:	31/03/2023
					16:50:38
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - TORNOZELO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7392044 DATA: 29/03/2023 21:48
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7667116 DT NASC: 18/03/2008 (15A 0M 11D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 598616 - ARIEL PEDRO FRITZEN
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/03/2023 21:15 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

7667116

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

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

Justificativa.: L

Obs.: ESQ

RX 1

EXAME REALIZADO

DATA: / /

HORARIO: :

TÉCNICO:

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

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

PRESCRIÇÃO.: 7392055 DATA: 29/03/2023 21:57
USUÁRIO.....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7667116 DT NASC: 18/03/2008 (15A 0M 11D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 598616 - ARIEL PEDRO FRITZEN
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/03/2023 21:15 0 DIAS(S) INT
MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENTORSE DE TNZ ESQ
EDEMA
RX SEM FX
REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA DE LESAO LIGAMENTAR
ORIENTAÇÕES
RETORNO

7667116

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 TORNOZELO, LESAO LIGAMENTO AGUDA AO NIVEL - INCRUE	1					[29/03] . 21:57

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

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Compr. de gase 7,5 X 7,5 (setor) - un		Luva estéril nº		Sonda Aspição nº
	Água Oxigenada – ml		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Estensofix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº
	Aguilha descartável 25x7		Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias nº
	Aguilha descartável 40x12		Cateter Central		PVPJ degermante		Sonda Uretral nº
	Alcool Iodado – ml		Dreno de Tórax nº		PVPJ Iópico		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Eletrodo desc. de pape I- unidade		Clorexetina Alcoólica		Sonda Nasoentrel
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Equipo Macrocotas		Seringa descartável s/ag3ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Equipo Bomba		Seringa Descartável s/ag5ml		Coletor Sistema Aberto
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo BIC Foto		Seringa Descartável s/ag10ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 10cm		Escalepe nº		Seringa Descartável s/ag20ml		Cateter Tipo óculos
	Atadura gessada 20cm		Fio Catgut simples nº		Seringa Descartável s/ag60 ml		Xylocaina gel
	Benzina – ml		Fio Mononylon nº		Seringa Insulina		
	Bolsa de colostomia descartável		Lâmina de bisturi nº		Lanceta		
	Cadearço – 100cm		Lâmina p/ tricotomia				
	Cânula end. S/balão nº		Malha Tubular nº cm				
	Cânula end. C/balão nº						

Aplicação EV	Drenagem torácica	Oxigênio: Início: _____; _____ Fim: _____; _____	Sondagem vesical de alívio
Aplicação IM	Eletrcardiograma	Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Aspiração	Glicemia Capilar	Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Cardioversão elétrica	Ventilação Mecânica: Início: _____; _____ Fim: _____; _____	Punção Lombar	Traqueostomia
Curativo P () M () G ()	Monitorização Cardíaca: Início: _____; _____ Fim: _____; _____	Punção Venosa – Adulto	Verificação de sinais vitais

HORA	PA	P	T	R	SAT	DOR
						4^{da} admissão no emprego em tempo - do. Substituído por - segue em alta após -

Grazielle I. Ferreira
 Téc. em Enfermagem
 RENOVA

Grazielle I. Ferreira
Téc. em Enfermagem
COREN-PA 1.482.525-2

Responsável: _____

Cristiane L. Ferreira
Téc. Enf. Emergência

Coren: _____

☐ Interação	☐ Alta	☐ Óbito	☐ Contra referência
------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--

		PROFUNDIDADE OU GRAU: () 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU
TIPO DE QUEIMADURA: () TEMPERATURA () RADIAÇÃO () QUÍMICA () ELÉTRICA () BIOLÓGICA		QUEIMADOS

☐ F.C.C. LOCAL: _____ ☐ ESCORIAÇÃO ☐ CONTUSÃO ☐ LACERAÇÃO ☐ LUXAÇÃO ☐ FRAT.FECHADA ☐ FRAT.EXPOSTA	PRINCIPAIS LESÕES
---	--------------------------

☐ HAS ☐ DM ☐ CARDIOPATA ☐ OUTRAS	☐ NEFROPATA ☐ HEPATOPATA ☐ OUTRAS	Qual(is) _____
☐ NÃO ☐ SIM	COMORBIDADES	Qual(is) _____

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA 	Escala de Dor: <u>2</u>
--	-------------------------

HORÁRIO: _____	PA: _____	BPM: _____	FR: _____	SPO2: _____	Tº: _____	Glasgow _____
-----------------------	------------------	-------------------	------------------	--------------------	------------------	----------------------

DADOS VITAS									
☐ INCOMPREENSÍVEL ☐ DESCONEXO ☐ AGITADO ☐ CONFUSO ☒ CONSCIENTE ☐ AUSENTE	NEUROLÓGICO	☐ ASSISTIDA ☐ BRADIPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☒ EUPNEICO ☐ AUSENTE	RESPIRATÓRIO	☐ TAQUICARDICO ☐ BRADICARDICO ☒ NORMOCARDICO ☐ AUSENTE	CIRCULATÓRIO	☐ EDEMA DE GLOTE ☐ OBSTRUÇÃO TOTAL ☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL ☒ LIVRE	VIAS AÉREAS	☐ FRIA/PEGAJOSA ☐ QUENTE/SECA ☐ ICTERICIA ☐ CIANOSE ☐ PALIDEZ ☒ NORMAL	PELE

☐ ORTOPEDIA ☐ CLÍNICO ☒ TRAUMA	☐ AFOGAMENTO ☐ QUEIMADURA ☐ QUESA	☐ AUTO X MOTO ☐ QUESA BICICLETA ☐ QUESA MOTO ☐ ATROPELAMENTO	☐ EJETADO ☐ SIM ☐ NÃO
Mecanismo			

☐ SATE ☐ SAMU ☐ HUMANA ☐ PROCURA ESPONTÂNEA ☐ OUTROS	Origem
---	---------------

Convênio	Atendimento	Data do Atendimento
-----------------	--------------------	----------------------------

Nome do Paciente	Data de Nascimento
-------------------------	---------------------------

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SALA DE EMERGÊNCIA

Bom
Samaritano
HOSPITAL

ARIEL PEDRO FRITZEN
Dt. Nasc: 18/03/2008 SX: M
Pront: 598616 Dt: 29/03/2023
E INST. ADVENTISTA-IRP / COLÉGIO ADVENTISTA
7667116



APH - FICHA DE ATENDIMENTO

Instituto Adventista Paranaense | Gleba Paigandu, lote 80 | Ivatuba / PR
(44) 3236-8000 | www.iap.org.br | CNPJ: 76.726.884/0003-90



DADOS	DIA	MÊS	ANO	HORA	CHAMADO Nº	ACIONAMENTO				
	29	03	2023	19:22	20230329 -07	Prof. Paulo				
MOTIVO	NOME					IDADE	SEXO	QUARTO		
	Ariel Pedro Fritzen					15	M () F	267		
MOTIVO	☐ AFOGAMENTO		☐ CHOQUE COM DISP. FIXO		☐ CHOQUE COM TERCEIROS	☐ QUEIMADURA	☐ CORTE	☐ SÍNCOPE	☐ ENGASGO	
	☐ QUEDA DE NÍVEL		☐ QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA		☐ CORPO ESTRANHO	☒ TORÇÃO	☐ TRAUMA	☐ CLÍNICO	☐	
EXAME PRIMÁRIO	VIAS AÉREAS		RESPIRAÇÃO		CIRCULATÓRIO		NEUROLÓGICO		EXPOSIÇÃO	
	☒ LIVRE		☒ NORMAL		☒ NORMAL		☒ NORMAL		☐ SEM ALTERAÇÃO	☐ FRATURA
	☐ PARC. OBSTR.		☐ ALTERADA		☐ CHOQUE		☐ CONVULSÃO		☐ QUEIMADURA	☒ TORÇÃO
	☐ OBSTRUÍDAS		☐ AGÔNICA		☐ SANGRAMENTO		☐ AGITAÇÃO		☐ DEFORMIDADE	☐ LUXAÇÃO
SINAIS VITAIS	HORA	PA	TEMP.	FC	FR	SAT O ²	HGT	GLASGOW		
			°C					15		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	☐ OXIMETRIA		☐ CURATIVO OCLUSIVO		☐ ORIENTAÇÃO		☐ COLAR CERVICAL		☐ SOLICITADO APOIO	
	☐ HGT		☐ IMOBILIZAÇÃO COM TALA		☐ ENCAMINHAMENTO		☐ RMC		☐ PROCED. INVASIVO	
	☐ SSVV		☐ IMOBILIZAÇÃO COM ATADURA		☐ PRECEPTORIA/RESPONSÁVEIS COMUNICADOS		☐ RCP		☐ TORNQUETE	
	☒ AVALIAÇÃO		☒ GELOL/ARNICA		☐ SOLUÇÃO V.O.		☐ DEA		☐	
DESTINO	☐ RESIDENCIAL SOB OBSERVAÇÃO		☐ HOSPITAL POR MEIOS PRÓPRIOS		☒ HOSPITAL VIA SEGURO		☐ ENFERMARIA		☐ RECUSOU	
	☐ LIBERADO		☐ OUTRO:							

OBSERVAÇÕES:

TORÇÃO DE MEMBRO INFERIOR

TORÇÃO DE MIE em JOO DE VÔLEI. SIC O ALUNO PULOU E CAIU PSADO NO PÉ DO COLEGA REALIZANDO ROTAÇÃO E MOVIMENTO DE ADUÇÃO INTERNA. APRESENTA EDEM 2+/4+ E FORTE ALGIA AO MOVIMENTAR O MEMBRO, DEAMBULA COM DIFICULDADE. REFERE ALGIA A PALPAÇÃO EM REGIÃO DO MALÉOLO LATERAL E TALOS.

REALIZO IMOBILIZAÇÃO E ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO ABS

ECG-P	OCULAR	VERBAL	MOTORA	PUPILAR
	4 ESPONTÂNEA	5 ORIENTADA	6 À ORDEM	2 INEXISTENTE
	3 AO SOM	4 CONFUSA	5 LOCALIZADORA	1 PARCIAL (1 pupila)
	2 À PRESSÃO	3 PALAVRAS	4 FLEXÃO NORMAL	0 COMPLETA (2 pupilas)
	1 AUSENTE	2 SONS	3 FLEXÃO ANORMAL	
		1 AUSENTE	2 EXTENSÃO	1 AUSENTE

ATENDIDO POR:

Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731

RECUSA

Eu, _____, sabedor que sou da necessidade de atendimento de urgência, recuso o atendimento, mesmo que isto traga prejuízo à minha saúde.

_____/_____/_____

Ass./Doc.: _____

| Testemunha/Doc.: _____