

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Henrique dos Santos
Nº da Carteira: 11.4.12681
Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná

Data de Nascimento: 12/02/2002

Nº da Guia: 10600



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/04/2023	16:30:00	Estábulo	Trillife

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Pé Esquerdo, 1º Dedo Pé Esquerdo

Descrição
Aluno relata que estava participando do Trillife e ao realizar uma prova no estábulo, pulou e bateu o pé E no palanque, chocando o halux E contra a madeira, no momento sentiu uma dor intensa no local e quebrou a unha.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Henrique Príncipe	(11) 95859-7437

Quem prestou primeiros socorros	Data
Lívia	03/04/2023

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
Apresenta discreto edema no local e refere dor intensa ao exame físico. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

Josefania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Josefania 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



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

2 - Nº Guia no Prestador 10600

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Senha
6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira 11412681	9 - Validade da Carteira
10 - Nome GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N	
Dados do Solicitante	
13 - Código da Operadora 30977523829	14 - Nome do Contratado IVAN SANTINI SILVA
15 - Nome do Profissional Solicitante IVAN SANTINI SILVA	16 - Conselho Profissional 32982
17 - Número no Conselho	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 05/04/2023
23 - Indicação Clínica	24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40804097	26 - Descrição RX - Pe ou pododactilo
27 - Ql. Sêc.	28 - Ql. Autoriz.
1	0
Dados do Contrato Específico	
29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
31 - Código CIES 9365230	
Dados do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (golpe 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 - Cida
43 - Via	44 - Tec.
45 - % Red / Anesc.	46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(a) Profissional Específico(a)	
48 - Seq. Rad.	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 - Assinatura do Contratado
59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (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: KBBSLVA

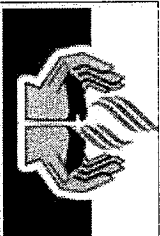
Data/Hora: 05/04/2023 08:38:25

Contat/Loc: 7677237

Atendimento: 7677237

Convênio: INSLADVENTISTA-MAP

7677237



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

2 - Nº Guia no Prestador 10600

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

8 - Número da Carteira
11412681

10 - Nome
GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
N

13 - Código do Operador
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO JOHANN MATTHEUS G. GELHARDT

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
41325

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
04/04/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Q1-Sim
1

28 - Q1-Autoriz.
0

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionadas)

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 - Q1de 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Red / Acresc. 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 de Realização de Procedimento em Série

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Assinatura do Responsável pela Autorização

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

70 - Assinatura do Contratado

71 - Assinatura do Contratado

7677237



Atendimento:	7677237	Pedido:	2719947	Ac. Number:	3399395
Registro / Nome:	GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS				
Data de Nascimento:	12/02/2002	Idade:	21 anos, 1 mês e 22 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	04/04/2023 15:57:00			Laudado:	11/04/2023
					11:26:21
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	IVAN SANTINI SILVA				

RX - PÉ ESQUERDO (AP/PERFIL)

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.: 7406127 DATA: 04/04/2023 15:56
USUÁRIO....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 7677237 DT NASC: 12/02/2002 (21A 1M 21D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 599146 - GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 04/04/2023 14:45 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

7677237

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

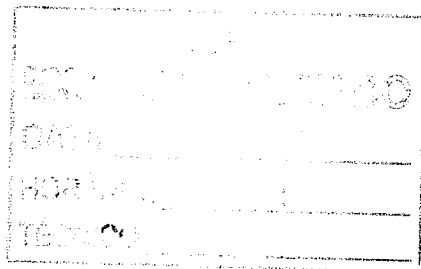
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1						
Justificativa.: e							
Obs.: e							

VISITA HOSPITALAR

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



IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982



TAXA DE SALA

Paciente		Médico		Data	
Nome		Nome		Data	
Aplicação EV	Drenagem torácica	Oxigênio: início	Fim	Sondagem vesical de alívio	
Aplicação IM	Eletrocardiograma	Passagem de Cateter Venoso Central		Sondagem vesical de demora	
Aspiração	Glicemia Capilar	Punção abdominal		Sondagem nasogastrica	
				Toracocentese	

PA	P	T	R	SAT	DOR
11261	68	36	18	98.	2

Paciente referido, queda de mesmo nível com
trauma em pé esquerdo, necessitou RX na
alte após

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SALA DE EMERGÊNCIA

GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS
Pront: 599146
Dt. Atend: 04/04/2023 Sexo: M
INST. ADVENTISTA-IAP / COLEGIO ADV
PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM
7677237 11412681

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente

Gabriel Henrique dos Santos

Data de Nascimento

12/02/2002

Convênio

Inst. Adventista - IAP

Atendimento

Data do Atendimento

04/04/2023

Origem

☐ SIATE

☐ SAMU

☐ HUMANA

☒ PROCURA ESPONTÂNEA

☐ OUTROS

Tipo de Ocorrência

☐ TRAUMA

☐ AGRESSÃO

☐ QUEDA

☐ CLÍNICO

☐ FAB

☐ QUEIMADURA

☒ ORTOPEDIA

☐ FAF

☐ AFOGAMENTO

Mecanismo

☐ ATROPELAMENTO

☐ AUTO X CAMINHÃO

☐ QUEDA MOTO

☐ AUTO X AUTO

☐ QUEDA BICICLETA

☐ OUTROS:

☐ AUTO X MOTO

EJETADO ☐ SIM ☐ NÃO

NEUROLÓGICO

☐ AUSENTE

☒ CONSCIENTE

☐ CONFUSO

☐ AGITADO

☐ DESCONEXO

☐ 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: 112 x 61

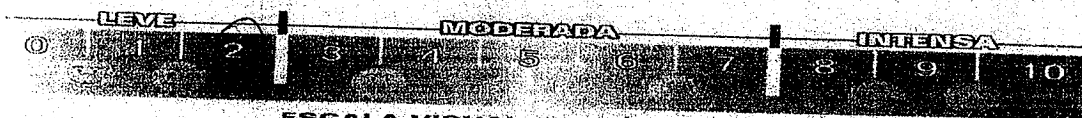
BPM: 68

FR: 18

SPO2: 98%

Tº: 36

Glasgow 15



Escala de Dor: 2

COMORBIDADES

☐ HAS

☐ DM

☐ CARDIOPATA

☐ NEFROPATA

☐ HEPATOPATA

☐ OUTRAS

ALERGIAS

☒ NÃO

☐ SIM

Qual(is)

Qual(is)

PRINCIPAIS LESÕES

☐ ESCORIAÇÃO

☐ CONTUSÃO

☐ LACERAÇÃO

☐ LUXAÇÃO

☐ FRAT.FECHADA

☐ FRAT.EXPOSTA

☐ F.C.C

LOCAL:

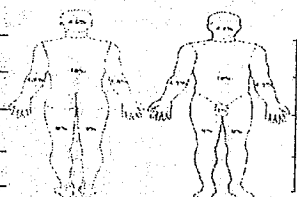
QUEIMADOS

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

() ELÉTRICA

() BIOLÓGICA

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



☐ Internação

☒ Alta

☐ Óbito

☐ Contra referência

Responsável: Maria

Coren: