

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

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



Data de Nascimento: 26/11/2003

Nº da Guia: 10015.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
05/04/2023	14:14:16	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
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Motivo do Retorno

Avaliação com o Ortopedista, solicitado pelo Dr. Pedro Paulo, a consulta será no dia 07/04/2023 às 08:30Horas.

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



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

2 - Nº Guia no Prestador 10015002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validada da Sembr

7 - Número da Guia Anulada pela Operadora

8 - Número da Carteira
6972171

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS

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
RAFAEL SALEM VEDOVELLO

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
46406

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
07/04/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
40804097

26 - Descrição
RX - Pe ou pododactilo

27 - Ql Solc
1

28 - Ql Autoriz
0

ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS
Dt: Nasc: 26/11/2003 Sx: F
Dt: 07/04/2023
Pront: 596636 Dt: 07/04/2023
INST ADVENTISTA-IMP / COLEGIO ADVA
7682947

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 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 - Têc.

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 Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Autuções (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (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: EPSANTOS

Data/Hora: 07/04/2023 13:56:15

Contatado: 7682947

Atendimento: 7682947

Convênio: INST ADVENTISTA-IMP

7682947

2 - Nº Guia no Prestador 10015002

Folha: 1 /

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

4 - Data de Autocapção	
5 - Senha	
6 - Data Validado da Senha	
7 - Número da Guia Atribuído Pela Operadora	

9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a NV
	ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS		N

13 - Código da Operadora 23876304000712		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
15 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL SALEM VEDOVELO		16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 46406
18 - UF 41		19 - Código CBO 225225	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Assinatura do Contratado			
22 - Data da Solicitação / Proseleção e Exame Solicitante 07/04/2023			
23 - Indicação Clínica			
24 - Data de Atendimento 2			

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

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

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

Dados da Eleição / Procedimento e Exames Realizados											
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Téc.	45 - % Real / Acrsc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Examinado(a)	50 - Código na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
18 - Seq Ref.	48 - Gr-Part					

56 - Data de Realização do Procedimento em Sane 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- _____	3- _____	5- _____	7- _____	9- _____
2- _____	4- _____	6- _____	8- _____	10- _____

89 - 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, Medicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autuação			67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
			68 - Assinatura do Contratado			

PRESCRIÇÃO.: 7412730 , DATA: 07/04/2023 09:06
USUÁRIO.....: PDECJUNIOR
ATENDIMENTO.: 7682947 DT NASC: 26/11/2003 (19A 4M 11D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 596636 - ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/04/2023 08:00 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL SALEM VEDOVELLO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM FRATURA
EM APICE DE FALANGE
PROXIMAL DE HALUX
ESQUERDO HA 15 DIAS
VEM AO PS
PARA RX CONTROLE

EFO
PELE INTEGRAL
DOR A PALPAÇÃO EM APICE DE FALANGE PROXIMAL DE HALUX ESQ
ADM LIMITADA DEVIDO IMOBILIZAÇÃO
NEUROVASCULAR OK

PT
ANALGESIA
RX
REAVALIO APOS

7682947

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

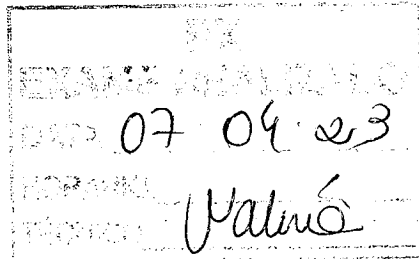
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1						

Justificativa.: esq

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
CRM-PR: 28.801



PRESCRIÇÃO.: 7412879 DATA: 07/04/2023 09:52
USUÁRIO.....: PDECJUNIOR
ATENDIMENTO: 7682947 DT NASC: 26/11/2003 (19A 4M 11D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 596636 - ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/04/2023 08:00 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL SALEM VEDOVELLO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

rx com evidencia de fratura falange proximal de halux com progresso em consolidação

PLANO TERAPEUTICO:
ORIENTAÇÕES
RECEITA
RETORNO

PLANTAO DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JR
CRM-PR: 28.801

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7682947 **Prontuário:** 596636 **SAME:**
Paciente..... : ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS
Endereço..... : RUA GLEBA
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : PAICANDU
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 07/04/2023

Hora Atend: 08:00 **Data Atend:**07/04/2023
Idade: 19 a

UF..: PR **CEP:** 87140970
Plano...: COLEGIO ADVENTISTA ENFEF

Hora Saída : 09:05

Prestador da Evolução Médica:	RAFAEL SALEM VEDOVELLO
--------------------------------------	-------------------------------

*Somente
Sanitários*

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath n°		Compr. de gaze 7,5 x 7,5 (sefor) - un		Luva estéril n°		Sonda Aspiração n°
	Água Oxigenada - ml		Compr. de gaze tipo queijo (45cm)		Estensofix 20 cm		Sonda Foley2 vias n°
	Agulha descartável 25x7		Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias n°
	Agulha descartável 40x12		Cateter Central		PVPI degemante		Sonda Uretral n°
	Álcool Iodado - ml		Dreno de Torax n°		PVPI tóxico		Sonda Nasogástrica longa n°
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Eletródio desc. de papel - unidade		Clorexedina Alcoolica		Sonda Nasocentral
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Equipo Macrogotas		Seringa descartável 5/30ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Equipo Bomba		Seringa Descartável 5/30ml		Coletor Sistema Aberto
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo BIC Foto		Seringa Descartável 5/10ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Escalpe n°		Seringa Descartável 5/20ml		Cateter Tipo Oculis
	Atadura gessada 10cm		Fio Catgut simples n°		Seringa Descartável 5/60 ml		Xylocaina gel
	Atadura gessada 20cm		Fio Mononylon n°		Seringa insulina		
	Benzina - ml		Lâmina de bisturi n°		Lanceia		
	Bolsa de colostomia descartável		Lâmina p/ tricolomia				
	Cadafço - 100cm		Malha Tubular n°				
	Cânula end. S/baixo n°						
	Cânula end. C/baixo n°						

PROCEBIMIENTOS			
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

03:30 Opusculo Ex de duvidas pretermed hater
qualidade mais e, aguardar suas evoluções

628186