

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Karolaine Jandrey da Silva
Nº da Carteira: 11.4.12579
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 13/07/2001

Nº da Guia: 10988

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/04/2023	22:30:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Tornozelo Esquerdo

Descrição

Aluna relata que estava participando de uma atividade esportiva, jogo de basquete, ao pular em uma jogada, foi empurrada, e torceu o tornozelo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Amanda	(41) 99817-6797

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfo Gilberto Junior	22/04/2023

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

Refere dor e apresenta discreto edema no local, realizado gelo e dolomita sem melhora. Encaminho 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



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

2 - Nº Guia no Prestador 10988

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Número da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinatura e RN

13 - Código do Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

29 - Código no Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação da Acdente (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 - Cide

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 Procedimentos (R\$)

60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas do Materiais (R\$)

62 - Total de OPRME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: AMMORAIS

Data/Hora: 29/04/2023 21:42:55

Contat. de: 7718130

Atendimento: 7718130

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

7718130



1 - Registro ANS		3 - Nr. Guia Principal		5 - Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		9 - Data de Autorização		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		13 - Menoridade a RN																							
0												N																							
Dados do Beneficiário												8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Menoridade a RN															
11412579												01/02/2024		KAROLAINE JANDREY DA SILVA																					
Dados do Solicitante												13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante									
23876304000112												HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A				6		4.0959		41		225270													
VINICIUS MEDINA GUMARAES												21 - Caráter do Atendimento		22 - Data da Solicitação		23 - Indicação Clínica																			
29/04/2023																																			
24 - Tabela												25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição																					
1 22												10101039		CONSULTA EM PRONTO SOCORRO																					
Dados do Contratado - Executante												29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES		32 - Código CBO																	
238763040001												HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR				9365230																			
Dados do Atendimento												33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento																			
32 - Tipo 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 - Têc.		45 - % Real / Aceito		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)												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 do Procedimento em Série												57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																							
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -																																			
38 - Observação / Justificativa																																			
58 - Assinatura da Responsável pela Autorização												59 - Total de Taxas e Autuções (R\$)		60 - Total de Taxas de Materiais (R\$)		61 - Total de Taxas de Medicamentos (R\$)		62 - Total de Gastos Médicos (R\$)		63 - Total de Gastos Médicos (R\$)		64 - Total Geral (R\$)													
65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável																																			
66 - Assinatura do Contratado																																			
67 - Assinatura do Contratado																																			
68 - Assinatura do Contratado																																			
69 - Assinatura do Contratado																																			
69 - Assinatura do Contratado																																			
69 - Assinatura do Contratado																																			
69 - Assinatura do Contratado																																			
69 - Assinatura do Contratado																																			
69 - Assinatura do Contratado																																			
69 - Assinatura do Contratado																																			
69 - Assinatura do Contratado																																			
69 - Assinatura do Contratado																																			
69 - Assinatura do Contratado																																			
69 - Assinatura do Contratado																																			
69 - Assinatura do Contratado																																			
69 - Assinatura do Contratado																																			
69 - Assinatura do Contratado																																			
69 - Assinatura do Contratado																																			

2 - N° Guia no Prestador 10988

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Setor
	6 - Data Validade da Setor
	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário	
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira
11412579	
10 - Nome	
KAROLAINÉ JANDREY DA SILVA	
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a PN	
N	
Dados do Solicitante	

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado			
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO
RAFAEL SALEM VEDOVELLO	6	46406	41	225225
20 - Assinatura do Profissional Solicitante				

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		
21 - Caracter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	29/04/2023	
		
27 - Cl. Solic.	28 - Cl. Autoriz.	

24 - Iden	25 - Código de Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	
1	40804089	RX - Articulação tibiotarsal (tornozelo)	1
22	40804089	Lesões ligamentares agudas ao nível do tornozelo - tratamento incruent	1
22	30728134		0

29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
		31 - Código CINES 9365230	

Dados do Atendimento											
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Atendimento (problema ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
Dados da Execução, Procedimento e Exames Realizados:											
36 - Data	37 - Ht. Inicial	38 - Ht. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd.	43 - Via	44 - Tto.	45 - % Real Acres.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

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

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

[illegible]



Atendimento:	7718130	Pedido:	2733760	Ac. Number:	3416688
Registro / Nome:	KAROLAINE JANDREY DA SILVA				
Data de Nascimento:	13/07/2001	Idade:	21 anos, 9 meses e 13 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	27/04/2023 07:58:00			Laudado:	05/05/2023
					13:01:08
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	RAFAEL SALEM VEDOVELLO				

RX - TORNOZELO 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.

R EVANDRO TOLOTTI LEITE

CRM- 51733

AI SAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 7461796 DATA: 27/04/2023 07:54
USUÁRIO.....: RSVEDOVELLO
ATENDIMENTO: 7718130 DT NASC: 13/07/2001 (21A 9M 14D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 601273 - KAROLAINÉ JANDREY DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPÓREA:
INTERNAÇÃO.: 27/04/2023 07:28 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 REFERE TORÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO NO SABADO DE NOITE DURANTE JOGO DE BASQUETE. QUEIXA-SE DE DOR EM TORNOZELO DURANTE MOVIMENTAÇÃO (SUBIR E DESCER ESCADA), SEM QUEIXAS NA DEAMBULAÇÃO NORMAL. REFERE USO DE COMPRESSA FRIA LOCAL E CREME ANTINFLAMATORIO, NEGA USO DE MEDICAÇÃO ORAL.
AO EXAME, APRESENTA EDEMA EM REGIAO DE MALEOLO ESQUERDO LATERAL, COM DOR NA PALPAÇÃO LOCAL, SEM DOR NA HIPERFLEXÃO.

CD: EXAME DE IMAGEM
AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

7718130

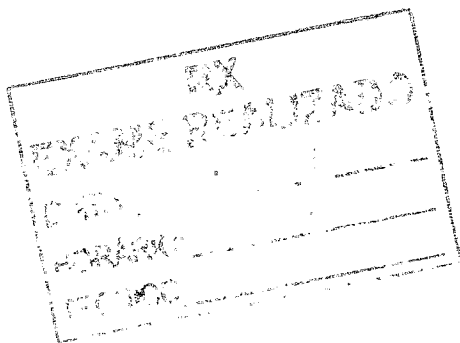
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

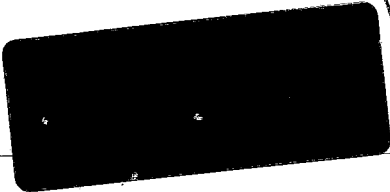
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: trauma Obs.: esquerdo	1					

VISITA HOSPITALAR

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



RAFAEL SALEM VEDOVELLO
CRM-PR: 46406



PSC

Dados do Atendimento

Atendimento: 7718130 Data/Hora: 27/04/2023 07:28 Prioridade: Baixa
Paciente: 601273 - KAROLAINE JANDREY DA SILVA Sexo: F Nasc.: 13/07/2001 (21a 9m 14d)
Prestador: 5598 - RAFAEL SALEM VEDOVELLO Especialidade: 11 - CIRURGIA GERAL
Origem: 98 - PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM Serviço: 2 - CIRURGIA GERAL

Pré-História

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: PCTE RLEATA OTRÇÃO SE TORNOZELO E APÓS TRAUMA HÁ 5 DIAS

Doenças Crônicas e Alergias *subito de morte durante jogo de basquete*

Diabetes: N *moléstia lateral*

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 99% FR 18 DOR 4

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 140 x 90 mmHG Pulso: 85 bpm Temperatura: 36 °C

Exatologia

Questionário

Nascimento: Distócito	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Últ. Menstruação:	Fumante? Sim ☐ Não ☒
Nº de Partos:	Dor? Sim ☐ Não ☒
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
Cidade:	UF: Hospital: VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações:

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº	Compr. de gase 7,5 x 7,5 (setor) - un	Luva estéril nº	Sonda Aspiração nº			
	Água Oxigenada - ml	Compr. de gase tipo queijo (45cm)	Estensofix 20 cm	Sonda Foley 2 vias nº			
	Agulha descartável 25x7	Comp. Cirúrgica estéril	Polifix Padrão	Sonda Foley 3 vias nº			
	Agulha descartável 40x12	Cateter Central	PVP/PI degermante	Sonda Uretral nº			
	Alcool Iodado - ml	Dreno de Torax nº	PVP/PI tóxico	Sonda Nasogástrica longa nº			
	Atadura algodão ortopédica 10cm	Eletródo desc. de pape l- unidade	Clorexedina Alcoólica	Sonda Nasoenteral			
	Atadura algodão ortopédica 20cm	Equipo Macrogotas	Seringa descartável s/ag 3ml	Bolsa Coletora Sistema Fechado			
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm	Equipo Bomba	Seringa Descartável s/ag 5ml	Coletor Sistema Aberto			
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm	Equipo BIC Foto	Seringa Descartável s/ag 10ml	Tala de Alumínio P () M () G ()			
	Atadura gessada 10cm	Escalpe nº	Seringa Descartável s/ag 20ml	Cateter Tipo óculos			
	Atadura gessada 20cm	Fio Catgut simples nº	Seringa Descartável s/ag 60 ml	Xylocaina gel			
	Benzina - ml	Fio Mononylon nº	Seringa Insulina				
	Bolsa de colostomia descartável	Lâmina de bisturi nº	Lanceola				
	Cadargo - 100cm	Lâmina p/ tricotomia					
	Cânula end. S/baixo nº	Malha Tubular nº					
	Cânula end. C/baixo nº						

PROCEDIMENTOS

Oxigênio: Início: _____ Fim: _____	Sondagem vesical de alívio
Passagem de Cateter Venoso Central	Sondagem vesical de demora
Punção abdominal	Sondagem nasogástrica
Punção Lombor	Traqueostomia
Punção Venosa - Adulto	Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

09:00h Fez relato. Trecho de Tomoxlo e, após tra-
ma de 5 dias. Realizado exame de imagem
após manobrada pela melado e liberada em segui-
da. Rem remite a avaliação medica

Assinatura da Cruz
T. de Enfermagem
COREN-PR - 001.036.225