

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Luís Fernando Araujo Costa
Nº da Carteira: 11.1.12612
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 27/11/2008

Nº da Guia: 11490

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/05/2023	11:08:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Antebraço Esquerdo

Descrição

Aluno em aula de educação física refere estar jogando futsal e sofreu um impacto com a bola em MSE. Refere ter realizado hiperextensão da mão E. Apresenta dor intensa ao movimentar região rádio-cárpica, apresenta edema +/++++ e discreta equimose no local. Aplicado gelo e argila Dolomita para tentativa de tratamento fitoterápico. Reavaliado no período da tarde e encaminhado para avaliação ortopédica.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. ^a Daiana	(44) 32368-0000

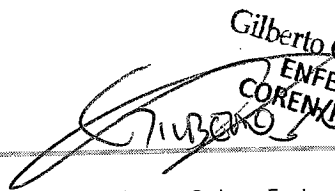
Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfermaria	24/05/2023

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

Encaminhado para avaliação ortopédica.

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

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

2 - Nº Guia no Prestador **11490**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Arbitrado pelo Operadora

8 - Nome do Beneficiário

11112612

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LUIS FERNANDO ARAUJO COSTA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

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
06

17 - Número no Conselho
28684

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação, Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
24/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
1 22 10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.
1

28 - Qt. Autoriz.
0

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
9365230

Samuel Machado
TRAUMATOLOGIA
R-PR 28.684 - RCP: 15284

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou de outra
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 - Qtd. 43 - Via 44 - Tcc 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Código na operadora/CNP 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Taxas de Materiais (R\$) 62 - Total de OPMs (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura da Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: AHAVEIRA

Data/Hora: 24/05/2023 18:06:37

Contato: 7768265

Atendimento: 7768265

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

77688265

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

2 - Nº Guia no Prestador **11490**

Folha: 1 / 1

Clínico Adviniato

1 - Registro ANS
000000

3 - N.º Guia Principal

4 - Data de Autoplicação

5 - Semia

6 - Data Validade da Semia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LUIS FERNANDO ARAUJO COSTA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

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

06

17 - Número no Conselho

28684

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

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

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

25/05/2023

23 - Indicação Clínica

2

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

40803112

26 - Descrição

RX - Punho

27 - Qx Solic.

1

28 - Qx Autoriz.

0

Dados do Contratado Existente

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34

34 - Tipo de Consulta

35

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36

Dados da Execução, Procedimento e Exames Realizados

36 - Data

37

37 - Hr. Inicial

38

38 - Hr. Final

39

39 - Tabela

40

40 - Código do Procedimento

41

41 - Descrição

42

42 - Qtd. 43 - Via

44

45 - % Ref / Acres.

46

46 - Valor Unitário (R\$)

47

47 - Valor Total (R\$)

48

Identificação do(a) Profissional(s) Responsável(is)

48 - Seq. Ref.

49

49 - Gr. Part

50

50 - Código na operacional/CPT

51

51 - Nome do Profissional

52

52 - Conselho Profissional

53

53 - Número no Conselho

54

54 - UF

55

55 - Código CBO

56

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58

58 - Observação / Justificativa

59

59 - Total Procedimentos (R\$)

60

60 - Total de Taxas e Abund. (R\$)

61

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63

63 - Total de OPM (R\$)

64

64 - Total de Medicamentos (R\$)

65

65 - Total de Casos Médicos (R\$)

66

66 - Assinatura do Contratado

67

67 - Total Geral (R\$)

68

68 - Assinatura do Contratado

69

69 - Assinatura do Contratado

70

70 - Assinatura do Contratado

71

71 - Assinatura do Contratado

72

72 - Assinatura do Contratado

73

73 - Assinatura do Contratado

74

74 - Assinatura do Contratado

75

Impresso por: AMMORAIS

Data/Hora: 29/05/2023 09:10:19

Contal/Lote: 7768265

Atendimento: 7768265

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7768265

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 7532641 DATA: 24/05/2023 19:01
USUÁRIO.....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7768265 DT NASC: 27/11/2008 (14A 5M 26D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 603991 - LUIS FERNANDO ARAUJO COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/05/2023 18:04 0 DIAS(S) INT
MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RAIO X FRATURA DE FISE DE RADIO DISTAL - TTO CONSERVADOR

PLANO TERAPEUTICO:
TALA GESSADA
ALTA COM ANALGESIA
ATESTADO
GELO NO LOCAL
RETORNO AMBULATORIAL
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT 152⁰⁰

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84



Atendimento:	7768265	Pedido:	2751783	Ac. Number:	3439664
Registro / Nome:	LUIS FERNANDO ARAUJO COSTA				
Data de Nascimento:	27/11/2008	Idade:	14 anos, 5 meses e 27 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	24/05/2023 18:34:00			Laudado:	25/05/2023
					16:36:14
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - PUNHO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7532599 DATA: 24/05/2023 18:33
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7768265 DT NASC: 27/11/2008 (14A 5M 26D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 603991 - LUIS FERNANDO ARAUJO COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/05/2023 18:04 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:

7768265

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

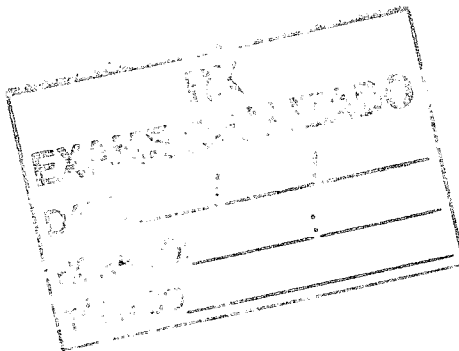
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS	1					
Justificativa.: ESQ						

VISITA HOSPITALAR

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

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

PLANTÃO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84



Dados do Atendimento

Atendimento: 7768265 Data/Hora: 24/05/2023 18:04 Prioridade: Baixa
Paciente: 603991 - LUIS FERNANDO ARAUJO COSTA Sexo: M Nasc.: 27/11/2008 (14a 5m 26d)
Prestador: 4031 - SAMUEL MACHADO Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 98 - PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clinica

Admissão

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

Queixa principal: TRAUMA EM PULSO ESQUERDO HOJE JOGANDO BOLA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: SIM

Outros: SAT 99% FR 17 DOR 4

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 140 x 76 mmHG Pulso: 86 bpm Temperatura: 36,2 °C

Oncologia

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: