

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Samuel da Silva Moraes
Nº da Carteirinha: 4.36.2170
Instituição: Escola Adventista de Maringá - Zona 7 E.I.E.F



Data de Nascimento: 22/10/2015

Nº da Guia: 12420

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/07/2023	15:34:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Braço Esquerdo

Descrição

Estavam fazendo atividades de Educação física, quando se chocou com outro aluno, e no momento não sentiu nada, mas quando chegou em casa reclamou de dor no braço.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Albertino	(44) 3112-3637

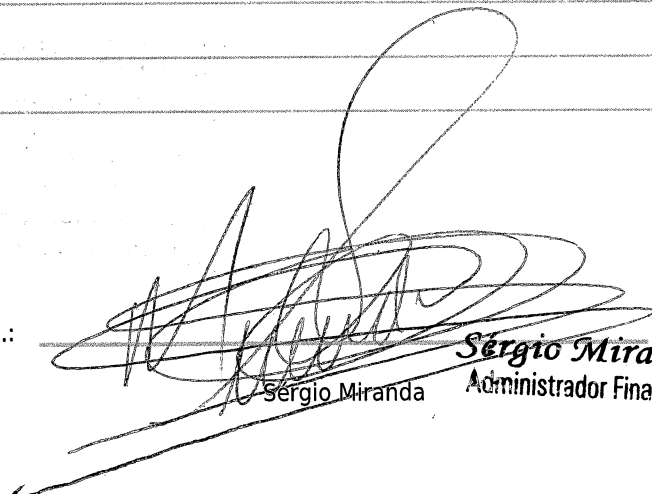
Quem prestou primeiros socorros	Data
Prof. Albertino	25/07/2023

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

Mãe não possui plano de saúde

Ass.:


Sérgio Miranda
Administrador Financeiro

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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador **12420**

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 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
SAMUEL DA SILVA MORAIS

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
PLANTAO HEMINE-HUSEM-SALEM

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
36103

18 - UF
41

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
25/07/2023

23 - Indicação Clínica
32 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qt.Solic.
1

28 - Qt.Autoriz.
0

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 (paciente 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 - Tec.
45 - % Red / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)
47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.
49 - Gr. Part.
51 - Nome do Profissional

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

56 - Data de Realização de Procedimen.
1 -
2 -
3 -
4 -
5 -
6 -
7 -
8 -
9 -
10 -

SAMUEL DA SILVA MORAIS
Dt. Nasc.: 22/10/2015
Pront.: 530878 Dt.: 25/07/2023
CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLINIC
7877693

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 OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

2 - Nº Guia no Prestador 12420

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data Validade da Setor

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
SAMUEL DA SILVA MORAIS

11 - Número do Cadastro Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
IVAN SANTINI SILVA

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
32982

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
26/07/2023

23 - Indicação Clínica

27 - Qt. Solic. 1

28 - Qt. Autent. 0

24 - Tabela
1 22 40803090
2 22 30719070

25 - Descrição
RX - Cotovelo
Fratura de cotovelo - tratamento conservador

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CBOES
9365230

Dados do Atendimento

33 - Indicação do Atendimento (incidente 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 - Itc.

45 - % Red. / Acres. 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

64 - Código CBO

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

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

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 Gastos Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



Atendimento:	7877693	Pedido:	2791901	Ac. Number:	3491265
Registro / Nome:	SAMUEL DA SILVA MORAIS				
Data de Nascimento:	22/10/2015	Idade:	7 anos, 9 meses e 3 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	25/07/2023 17:50:00			Laudado:	27/07/2023 16:02:47
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	IVAN SANTINI SILVA				

RX - COTOVELO ESQUERDO (AP/PERFIL)

Traço radioluscente em cabeça do radio podendo corresponder a fratura da cabeça do rádio.

R EVANDRO TOLOTTI LEITE

CRM- 51733

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 7681635 DATA: 25/07/2023 18:33
USUÁRIO.....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 7877693 DT NASC: 22/10/2015 (7A 9M 3D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE.....: 530878 - SAMUEL DA SILVA MORAIS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/07/2023 17:05 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:

EVOLUÇÃO MÉDICA

QUEDA DE PROPRIA SOBRE COTOVEL E HOJE
EDEMA LEVE EM COTOVELO E, SEM DEFICI TMOTOR
SEM DEFORMIDADES
RX FRATURA DA CABEÇA RADIAL SEM DESVIO
CD IMOBILIZAÇÃO
ORIENTAÇÕES
REPOUAOA
AMBULATORIO
ALTA

7877693

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 FRATURAS DO COTOVELO - TRAT CONSERVADOR	1					[25/07] . 18:33



IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982

PRESCRIÇÃO.: 7681543 DATA: 25/07/2023 17:50
USUÁRIO.....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 7877693 DT NASC: 22/10/2015 (7A 9M 3D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 530878 - SAMUEL DA SILVA MORAIS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 25/07/2023 17:05 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:

7877693

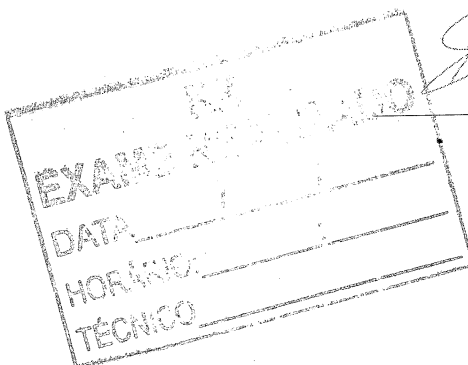
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP COTOVELO	1					
Justificativa.: e						
Obs.: e						

VISITA HOSPITALAR

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



IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abbecath n°		Coletor de Urina CUFITY		Fio Mononylon 5-0 (698 T)		Seringa Descartável s/ag. 5ml
	Água Oxigenada - ml		Coletor de Urina Urofix		Fita adesiva - cm		Seringa Descartável s/ag. 10 ml
	Agulha descartável 25x7		Compr. De gase 7,5x7,5 (setor)-un.		Intracath longo adulto		Seringa Descartável s/ag. 20 ml
	Agulha descartável 40x12		Compr. De gase tipo queijo (45 cm)		Intracath infantil		Sonda de Aspiração n°
	Alcool Iodado - ml		Dreno pen rose n° 01		Lâmina de bisturi n° 11		Sonda Foley 2 vias n°
	Atadura algodão ortopédico 10 cm		Dreno pen rose n° 02		Lâmina p/ tricotomia		Sonda Foley 3 vias n°
	Atadura algodão ortopédico 20 cm		Dreno pen rose n° 03		Luva esteril n°		Sonda Nasogástrica longa n°
	Atadura crepom (PS/CC) 10 cm		Eletrodo desc. De papel - unidade		Luva de procedimento	un.	Tala de Alumínio P
	Atadura crepom (PS/CC) 20 cm		Equipo macrogotas		Malha Tubular n°	- cm	Tala de Alumínio M
	Atadura gessada 10 cm		Equipo microgotas		Micro pore 25 mm - cm		Tala de Alumínio G
	Atadura gessada 20 cm		Escalpe n°		Polifix Padrão		KIT DREN adulto
	Benzina - ml		Esparadrapo - cm		PVPI degermante		KIT DREN Infantil
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples 2-0 (A 2414 T)		PVPI tóxico		Xylocaina 2% s/vaso
	Cadaço - 100 cm		Fio polycot 2-0 (P-13-T)		Salto de madeira adulto		
	Cânula end. S/balão n°		Fio Polycot 3-0 (P-14-T)		Salto de madeira infantil		
	Cânula end. C/balão n°		Fio Mononylon 4-0 (1129 T)		Seringa descartável s/ag. 3ml		

PROCEDIMENTOS

Aplicação EV	Fixação de Escala de Soro	Punção Lombar
Aplicação IM	Fixação de Cateter de O2	Punção Venosa - Adulto
Aspiração	Flebotomia	Punção Venosa - Infantil
Cardioversão elétrica	Glicemia Capilar	Retirada de soro
Curativo PEQUENO	Monitorização Cardíaca - início: fim:	Sondagem vesical de alívio
Curativo MÉDIO	Nebulização	Sondagem vesical de demora
Curativo GRANDE	Oxigênio - início: fim:	Sondagem nasogástrica
Drenagem torácica - KIT DREN	Passagem de Intracath	Traqueostomia
Eletrocardiograma - CG	Punção abdominal	Verificação de sinais vitais

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA PA P T R *Relatório de enfermagem*

ALTA HS.

ORTO

Dados do Atendimento

Atendimento: 7877693 Data/Hora: 25/07/2023 17:05 Prioridade: Baixa
Paciente: 530878 - SAMUEL DA SILVA MORAIS Sexo: M Nasc.: 22/10/2015 (7a 9m 3d)
Prestador: 5319 - PLANTAO HEMINE HUSSEM SALEM Especialidade: 36 - PEDIATRIA
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

Clínica

Admissão

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

Queixa principal: MÃE RELATA QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA COM TRAUMA EM MSE HOJE ÀS 11H. APRESENTA EDEMA, DOR E DIFICULDADE DE MOBILIDADE.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: N

Alergias: N

coloreto 650

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 100 bpm Temperatura: 36,8 °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:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: SPO2: 99%
PESO: 27 KG
MED CONT: N
MED HOJE: N

Beatriz R. de M. Brito
Enfermeira
COREN/PR 025305