

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Emily Sabatini Carvalho
Nº da Carteira: 11.1.12764
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 17/07/2007

Nº da Guia: 12840



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/08/2023	20:16:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

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

Descrição

Aluna em jogo de basquete foi empurrada e caiu ao solo. Refere algia intensa em em joelho E em região lateral. Não apresenta crepitação, edema 2+/4+. Gaveta negativo a princípio. Bastante chorosa ao movimentar o membro ou à palpação. Aplico gelo e imobilizo o membro com tala e atadura. Encaminho para avaliação ortopédica devido algia intensa.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Gilberto Júnior

51982703529

Quem prestou primeiros socorros

Data

Enf. Gilberto Júnior

17/08/2023

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

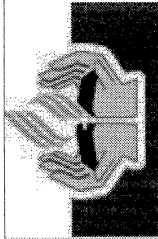
Avaliação ortopédica em HBSM.

Ass.:

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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador

7918594

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	12 - Atendimento a RN N
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome EMILY SABATINI CARVALHO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 0000200001	9 - Validade da Carteira	10 - Nome EMILY SABATINI CARVALHO	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 LUAN CELSO GONCALVES	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 3151.7	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data de Solicitação 17/08/2023	23 - Indicação Clínica Consulta em pronto socorro	24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento 10101039
26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qt.Solic. 1	28 - Qt.Autoriz. 0		
Dados do Contratado Excusante				
29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	31 - Código CNES 9365230
Dados de 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(s) Profissional(is) Exercitante(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 -	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -	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 OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)				
86 - Assinatura do Responsável pela Autorização				
87 - Assinatura do Contratado				
88 - Assinatura do Responsável				
89 - Assinatura do Responsável				
90 - Assinatura do Responsável				
91 - Assinatura do Responsável				
92 - Assinatura do Responsável				
93 - Assinatura do Responsável				
94 - Assinatura do Responsável				
95 - Assinatura do Responsável				
96 - Assinatura do Responsável				
97 - Assinatura do Responsável				
98 - Assinatura do Responsável				
99 - Assinatura do Responsável				
100 - Assinatura do Responsável				

Impresso por: ACLBOZOLLA

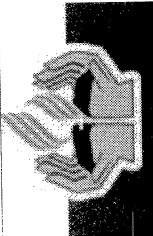
Data/Hora: 17/08/2023 22:14:08

Contat. Cte.: 7918594

Atendimento: 7918594

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

7918594

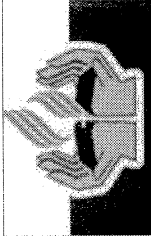


GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - N° Guia no Prestador 7918594

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Senha	10 - Nome EMILY SABATINI CARVALHO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
8 - Número da Carteira 0000200001	9 - Validade da Carteira	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 LUAN CELSO GONCALVES			
16 - Conselho Profissional 6			
17 - Número no Conselho 3151.7			
18 - UF 41			
19 - Código CBO 225270			
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Caráter do Atendimento 2			
22 - Data da Solicitação 18/08/2023			
23 - Indicação Clínica			
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial			
26 - Descrição			
27 - Qt. Solic.			
28 - Qt. Autoriz.			
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 (acidente 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 - Qlde.			
43 - Via			
44 - Tbc.			
45 - % Red / Acresc.			
46 - Valor Unitário (R\$)			
47 - Valor Total (R\$)			
48 - Seq. Ref.			
49 - Gr. Part			
50 - Código na operadora/CPE			
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			
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 Gases 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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 7918594

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Sessão	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Sessão	10 - Nome EMILY SABATINI CARVALHO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 0000200001	9 - Validade da Carteira	12 - Atendimento a RN	
Dados do Solicitante			
13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		
15 - Nome do Profissional Solicitante LUAN CELSO GONCALVES	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 3151.7	18 - UF 41
20 - Assinatura do Profissional Solicitante			
21 - Caráter do Atendimento			
22 - Data da Solicitação 18/08/2023	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
26 - Descrição	27 - Qt. Solic.	28 - Qt. Autoriz.	29 - Tipo Atendimento
1 22 40804054 RX - Joelho	1	0	
2 22 30730163 Lesao ligamentar aguda - tratamento conservador	1	0	
30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			
31 - Código CNES 9365230			
32 - Tipo Atendimento			
33 - Indicação de Acidente (excluído 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 - Qtds.	43 - Via
44 - Tão.	45 - % Red / Acres.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
Identificação (sigla) Profissional(s) 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 de Procedimento em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 -	2 -	3 -	4 -
5 -	6 -	7 -	8 -
9 -	10 -	11 -	12 -
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total Procedimentos (R\$)			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)			
61 - Total de OPME (R\$)			
62 - Total de Medicamentos (R\$)			
63 - Total Gases Médicos (R\$)			
64 - Assinatura do Contratado			
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			



Atendimento:	7918594	Pedido:	2806221	Ac. Number:	3510044
Registro / Nome:	EMILY SABATINI CARVALHO				
Data de Nascimento:	17/07/2007	Idade:	16 anos, 1 mês e 0 dia	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	17/08/2023 22:16:00			Laudado:	22/08/2023
					09:30:14
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	LUAN CELSO GONCALVES R				

RX - JOELHO ESQUERDO (AP/PERFIL)

Estrutura óssea conservada.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

Não se observam fraturas desviadas ao método.

R JULIANA POLLA REINHEIMER

CRM- 52347

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 7735442 DATA: 17/08/2023 22:15
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 7918594 DT NASC: 17/07/2007 (16A 1M 2D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 611433 - EMILY SABATINI CARVALHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/08/2023 22:13 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUAN CELSO GONCALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA EM JOELHO HOJE JOGANDO BASQUETE

EFO
PELE INTEGRAL
ADM TOTAL POREM DOLOROSA
MECANISMO EXTENSOR COMPETENTE
TESTE DE ESTRESSE VALGO E VARO NÃO DOLOROSOS
LACHMANN -
NEUROVASCULAR PRESERVADO

RX REAVALIO APOS

7918594

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
-----	---------	----	-----	------------	---------------

1	RX MEM INF JOELHO:A.P. - LATERAL E	1			
---	------------------------------------	---	--	--	--

Justificativa.: ESQ

Obs.: T

VISITA HOSPITALAR

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
-----	---------	----	-----	------------	---------------

2	CONSULTA HOSPITALAR EMERGENCIA/URGENCIA	1			
---	--	---	--	--	--

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517

PRESCRIÇÃO.: 7735455 DATA: 17/08/2023 22:22
USUÁRIO.....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 7918594 DT NASC: 17/07/2007 (16A 1M 2D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 611433 - EMILY SABATINI CARVALHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/08/2023 22:13 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUAN CELSO GONCALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RAIO X SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO NO MOMENTO

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

7918594

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 JOELHO, LESAO LIGAMENTAR AGUDA - INCRUENTO	1					[17/08] . 22:22

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517

PRESCRIÇÃO.: 7735456 DATA: 17/08/2023 22:24
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 7918594 DT NASC: 17/07/2007 (16A 1M 2D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 611433 - EMILY SABATINI CARVALHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/08/2023 22:13 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUAN CELSO GONCALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

7918594

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4	C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[17/08] . 22:24
	-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA				
5	C.C. TRAMAL 50MG 1ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[17/08] . 22:24
	-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML	1	FRASCO				
	SISTEMA FECHADO						
6	DRAMIN DL, AMP 10ML, (EV)	1	AMPOLA		EV	AGORA	[17/08] . 22:24

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR 31.517

PRESCRIÇÃO.: 7735469 DATA: 17/08/2023 22:40
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 7918594 DT NASC: 17/07/2007 (16A 1M 2D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 611433 - EMILY SABATINI CARVALHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/08/2023 22:13 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUAN CELSO GONCALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S800 CONTUSAO DO JOELHO CICLO...: /
DIAGNÓSTICO: .
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

7918594

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
7 C.C. PLAMET 10MG/2ML, AMP 2ML, (EV, IM)	1	AMPOLA		EV	AGORA	[17/08] 22:40
-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA				

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7918594 **Prontuário:** 611433 **SAME:** **Hora Atend:** 22:13 **Data Atend:** 17/08/2023
Paciente..... : EMILY SABATINI CARVALHO **Idade:** 16 a
Endereço..... : RUA GLEBA PAICANDU
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : IVATUBA **UF...:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA APART
CID Principal.....: S800 - CONTUSAO DO JOELHO
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 17/08/2023 **Hora Saída :** 22:25

Prestador da Evolução Médica:	LUAN CELSO GONCALVES
--------------------------------------	-----------------------------
