

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Thayna Zucunelli dos Santos

Nº da Carteira: 11.4.10218

Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 23/07/2000

Nº da Guia: 13268



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/09/2023	01:20:00	Dormitório (Ex.: residencial)	Atividades recreativas

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição

Aluna estava participando de uma atividade recreativa de futsal e escorregou. Na hora de descer ela sentou, apoiou o pé no chão, derrapou e equilibrou o peso corporal e um único pé, em atrito com o chão acabou fraturando. Apresenta edema em metatarso e escoriações em primeiro dedo do pé direito.

Testemunha da ocorrência

Nicole Dexhmair

Telefone

(66) 99909-5946

Quem prestou primeiros socorros

Ana Izabel

Data

07/09/2023

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

Encaminho aluna para avaliação médica, pois apresenta dor 9/10 e edema.

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

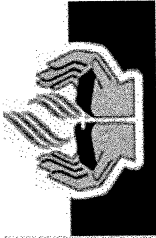
Ass.:

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

3 - Nr. Guia Principal		5 - Seria		6 - Data Validade da Senta		7 - Número da Guia Atribuído pela Operação		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RN	
000000										N	
10 - Nome		11 - Nome do Contratado		12 - Nome do Contratado		13 - Nome do Contratado		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Contratado	
THAYNA ZUCUNELLI DOS SANTOS		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
9 - Validade da Carteira		10 - Conselho Profissional		11 - Número no Conselho		12 - Número no Conselho		13 - Número no Conselho		14 - Número no Conselho	
28131		6		41		225270		28131		41	
16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF		19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Profissional Solicitante	
6		28131		41		225270		28131		41	
23 - Indicação Clínica		24 - Data da Solicitação		25 - Data da Solicitação		26 - Data da Solicitação		27 - Data da Solicitação		28 - Data da Solicitação	
28131		07/09/2023		07/09/2023		07/09/2023		07/09/2023		07/09/2023	
29 - Caracter do Atendimento		30 - Código do Procedimento		31 - Descrição		32 - Descrição		33 - Descrição		34 - Descrição	
2		25		25		25		25		25	
24 - Tabela		25 - Código do Procedimento		26 - Descrição		27 - Descrição		28 - Descrição		29 - Descrição	
1		22		10101039		Consulta em pronto socorro		Consulta em pronto socorro		Consulta em pronto socorro	
35 - Tipo Atendimento		36 - Tipo de Encerramento do Atendimento		37 - Tipo de Encerramento do Atendimento		38 - Tipo de Encerramento do Atendimento		39 - Tipo de Encerramento do Atendimento		40 - Tipo de Encerramento do Atendimento	
33 - Indicação de Atendimento		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento		36 - Motivo de Encerramento do Atendimento		37 - Motivo de Encerramento do Atendimento		38 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
33		34		35		36		37		38	
39 - Tipo Atendimento		40 - Tipo de Encerramento do Atendimento		41 - Tipo de Encerramento do Atendimento		42 - Tipo de Encerramento do Atendimento		43 - Tipo de Encerramento do Atendimento		44 - Tipo de Encerramento do Atendimento	
33		34		35		36		37		38	
45 - % Red / Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)		48 - Valor Total (R\$)		49 - Valor Total (R\$)		50 - Valor Total (R\$)	
45		46		47		48		49		50	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO		56 - Código CBO	
51		52		53		54		55		56	
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
63 - Assinatura do Responsável pela Autorização		64 - Assinatura do Responsável pela Autorização		65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Responsável pela Autorização		68 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
63		64		65		66		67		68	
69 - Total Procedimentos (R\$)		70 - Total Taxas e Aluguéis (R\$)		71 - Total Taxas de Materiais (R\$)		72 - Total de OPME (R\$)		73 - Total de Medicamentos (R\$)		74 - Total Gases Medicinais (R\$)	
69		70		71		72		73		74	
75 - Data de Realização de Procedimento em Série		76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
75		76		77		78		79		80	
81 - Observação / Justificativa		82 - Observação / Justificativa		83 - Observação / Justificativa		84 - Observação / Justificativa		85 - Observação / Justificativa		86 - Observação / Justificativa	
81		82		83		84		85		86	
87 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		88 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		89 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		90 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		91 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		92 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados	
87		88		89		90		91		92	
93 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		94 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		95 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		96 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		97 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		98 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados	
93		94		95		96		97		98	
99 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		100 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		101 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		102 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		103 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		104 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados	
99		100		101		102		103		104	
105 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		106 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		107 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		108 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		109 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		110 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados	
105		106		107		108		109		110	
111 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		112 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		113 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		114 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		115 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		116 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados	
111		112		113		114		115		116	
117 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		118 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		119 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		120 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		121 - Data de Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		122 - Data de Exat	



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

2 - Nº Guia no Prestador 7955071

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	5 - Sentia	6 - Data Validade da Sanha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
Dados do Beneficiário				
8 - Número da Carteira 000012444	9 - Validade da Carteira	10 - Nome THAYNA ZUCUNELLI DOS SANTOS	11 - Número do Contrato Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
Dados do Solicitante				
13 - Código de Operadora 00524463956	14 - Nome do Contratado LUCAS VINICIUS DE ANDRADE	15 - Nome do Profissional Solicitante LUCAS VINICIUS DE ANDRADE	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 28131
18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante		
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados				
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 07/09/2023	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
1	20	90123115	26 - Descrição	27 - Qt Solic.
2	20	90470800	28 - Qt Autoriz.	
30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A				
31 - Código CNES 9365230				
Dados do Atendimento				
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente 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 - Qtda.	43 - Via	44 - Tec.	45 - % Red / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)				
48 - Seq. Ref.	49 - Gt. 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 de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)
62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicionais (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: 07/09/2023 06:29:58				
Convênio: INST ADVENTISTA-IAP				
Atendimento: 7955071				
7955071				



7955071



Atendimento:	7955071	Pedido:	2819178	Ac. Number:	3526820
Registro / Nome:	THAYNA ZUCUNELLI DOS SANTOS				
Data de Nascimento:	23/07/2000	Idade:	23 anos, 1 mês e 14 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	07/09/2023 01:58:00			Laudado:	11/09/2023
					11:21:31
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE				

RX - PÉ DIREITO (AP/OBLÍQUO)

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

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento: 7955071 **Pedido:** 2819178 **Ac. Number:** 3526821
Registro / Nome: THAYNA ZUCUNELLI DOS SANTOS
Data de Nascimento: 23/07/2000 **Idade:** 23 anos, 1 mês e 14 dias **Sexo:** F
00:00:00
Pedido do Exame: 07/09/2023 01:58:00 **Laudado:** 11/09/2023
11:21:45
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE

RX - TORNOZELO DIREITO (AP/PERFIL)

Fratura de fíbula sem desvio.

R EVANDRO TOLOTTI LEITE

CRM- 51733

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento: 7955071 **Pedido:** 2819179 **Ac. Number:** 3526822
Registro / Nome: THAYNA ZUCUNELLI DOS SANTOS
Data de Nascimento: 23/07/2000 **Idade:** 23 anos, 1 mês e 14 dias **Sexo:** F
00:00:00
Pedido do Exame: 07/09/2023 02:42:00 **Laudado:** 11/09/2023
11:21:59
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE

RX - TORNOZELO DIREITO (AP/PERFIL)

Fratura de fíbula imobilizada com tala gessada.

R EVANDRO TOLOTTI LEITE

CRM- 51733

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 7783021 DATA: 07/09/2023 01:55
USUÁRIO.....: PLVANDRADE
ATENDIMENTO: 7955071 DT NASC: 23/07/2000 (23A 1M 15D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 613161 - THAYNA ZUCUNELLI DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/09/2023 01:42 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUCAS VINICIUS DE ANDRADE SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE TRAZIDA POR TERCEIRO COM HISTORIA DE ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO HOJE JOGANDO FUTEBOL DE SABÃO

EFO
ESCORIAÇÃO SUPERFICIAL EM MALEOLO MEDIAL
ADM LIMITADA PELA DOR
DOR INTENSA A MOBILIZAÇÃO
EQUIMOSE + EDEMA ++/4+ EM TORNOZELO DIR
NEUROVASCULAR OK

RX REAVALIO APOS

7955071

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

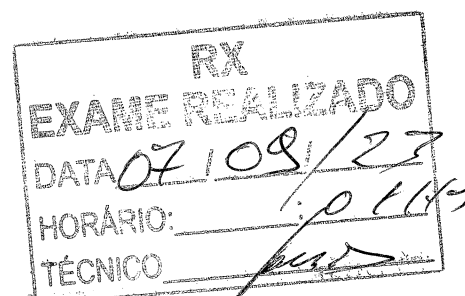
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: DIR Obs.: T	1						

2 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: DIR Obs.: T	1						
---	---	--	--	--	--	--	--

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE
CRM-PR: 28131



PRESCRIÇÃO.: 7783022 DATA: 07/09/2023 01:59
USUÁRIO.....: PLVANDRADE
ATENDIMENTO.: 7955071 DT NASC: 23/07/2000 (23A 1M 15D)
CONVÊNIO.....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE.....: 613161 - THAYNA ZUCUNELLI DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/09/2023 01:42 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUCAS VINICIUS DE ANDRADE SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

7955071

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
4	C.C. TRAMAL 100MG 2ML INJ (MPP)	1	AMPOLA		EV	AGORA	[07/09]	. 02
	-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML	1	FRASCO					
	SISTEMA FECHADO							
5	C.C. PLAMET 10MG/2ML, AMP 2ML, (EV, IM)	1	AMPOLA		EV	AGORA	[07/09]	. 02
	-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA					
6	C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		EV	AGORA	[07/09]	. 02
	-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ	1	AMPOLA					

PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE
CRM-PR: 28131

PRESCRIÇÃO.: 7783037 DATA: 07/09/2023 02:42
USUÁRIO....: PLVANDRADE
ATENDIMENTO: 7955071 DT NASC: 23/07/2000 (23A 1M 15D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 613161 - THAYNA ZUCUNELLI DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/09/2023 01:42 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUCAS VINICIUS DE ANDRADE SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

7955071

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

controle

PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE
CRM-PR: 28131

PRESCRIÇÃO.: 7783052 DATA: 07/09/2023 03:11
USUÁRIO....: PLVANDRADE
ATENDIMENTO: 7955071 DT NASC: 23/07/2000 (23A 1M 15D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 613161 - THAYNA ZUCUNELLI DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 07/09/2023 01:42 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUCAS VINICIUS DE ANDRADE SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

SOLICITO ITNERNAÇÃO HOSPITALAR PARA O DR LUCAS VINICIUS

7955071

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

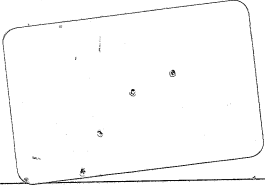
8 FRATURA DO TORNOZELO - RED INCRUENTA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data/Horários
1					[07/09] . 03:11

PLANTAO LUCAS VINICIUS DE ANDRADE
CRM-PR: 28131

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Exame com trauma no membro superior inferior, na região da axila, Soluções Antivenenos para Secundária Chingres - 1/2000



Dados do Atendimento

Atendimento: 7955071 Data/Hora: 07/09/2023 01:42 Prioridade: Baixa
Paciente: 613161 - THAYNA ZUCUNELLI DOS SANTOS Sexo: F Nasc.: 23/07/2000 (23a 1m 15d)
Prestador: 2934 - LUCAS VINICIUS DE ANDRADE Especialidade: 33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Origem: 97 - PRONTO SOCORRO HBSM Serviço: 29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: QUEDA COM TORÇÃO DE TORNOZELO

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SPO2 98% DOR 3 FR 20
Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 120 x 80 mmHG Pulso: 78 bpm Temperatura: 36 °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: AMARELO

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?
Medicações:
Antecedentes Patológicos:
Histórico da Doença:
Observações: