

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: **FERNANDA DOS SANTOS**

Nº da Carteirinha: **207996**

Instituição: **FAP - FACULDADE ADVENTISTA DO PARANÁ**

Data de Nascimento: **29082005**

Nº da Guia:

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
11/02/2024	10:00	Vila dos Funcionários	SETECAMP

O que aconteceu: **Partes do corpo: PÉ E + TORNOZELO E**
ALUNA RELATA QUE AO CORRER PISOU EM ALGO, TROPEÇOU, CAINDO
NO CHÃO E TORCENDO O TORNOZELO E.

Descrição: **APRESENTA EDEMA EM VOLTA DO TORNOZELO E DORSO DO PÉ E.**
RELATA DOR INTENSA AO EXAME FÍSICO.

Testemunha da ocorrência: **FRANCICLE COSTA** Telefone: **47 99747607**

Quem prestou primeiros socorros: **ENF. GILBERTO** Data:

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HOSPITAL BOM SAMARITANO				

Observações

ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO MÉDICA E CONDUTA.

Ass.:

Josetania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173402 - ENF
Nome quem registrou a ocorrência no AMA/manual) **111997540412**

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bixorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

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

2 - Nº Guia no Prestador 8217181

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validade da Sanha	7 - Numero da Guia Autorizado pela Operadora
4 - Data de Autorização	5 - Serha		

8 - Numero da Carteira 207996	9 - Validade da Carteira	10 - Nome Social	12 - Assinatura a RPV N
10 - Nome FERNANDA DOS SANTOS			

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado	
13 - Código da Operadora 23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		
15 - Nome do Profissional Solicitante RAFAEL HOBOLD HIDALGO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Numero no Conselho 43100	18 - UF 41
19 - Código CBO 225225		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitado		23 - Indicação Clínica	
21 - Código do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 12/02/2024		
24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qx Solic. 1
		28 - Qx Autoriz. 0	

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

Dados do Atendimento		34 - Tipo de Consulta	
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Atendimento (acidente ou doença preexistente)	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Regime de Atendimento
Dados da Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados		37 - Saúde Ocupacional	
38 - Data 30	39 - H. Inicial 37	40 - H. Final 38	41 - Descrição 42 - Qix 43 - Via 44 - Tbc 45 - % Real / Anom. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Beneficiário(s) Específico(s)		52 - Conselho Profissional	
48 - Seg. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operadora CPF	51 - Nome do Profissional
		53 - Numero 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 -	11 -	12 -
58 - Observação / Justificativa			

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total do OFME (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

8217181

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

2 - Nº Guia no Prestador 8217181

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0
3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autenticação 5 - Sessão
6 - Data Validade da Sessão 7 - Número da Guia Atribuída pela Operadora

Check do Beneficiário
8 - Número da Carteira 9 - Validade da Carteira 10 - Nome Social 12 - Atestamento e RN
207996
FERNANDA DOS SANTOS
N

Dados do Paciente
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 20 - Assinatura do Profissional Solicitante
RAFAEL HOBOLD HIDALGO 06 43100 41 225225
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Código do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - CI SIA 28 - CI Autor
2 12/02/2024 23 - Indicação Clínica
1 22 40804089 BX - Artroscopia labrolacetica (tornozelo)
2 22 40804097 RX - Rx ou pododactilo

Dados do Contratado Especialista
29 - Código no Operadora 30 - Nome do Contratado 31 - Código CNEB
23876304000112 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A 9365230

Dados do Atendimento
32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 36 - Regime de atendimento 37 - Data 38 - Hora Inicial 39 - Hora Final 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Q100 43 - Via 44 - T00 45 - N. Ref. / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento 36 - Regime de atendimento 37 - Data 38 - Hora Inicial 39 - Hora Final 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Q100 43 - Via 44 - T00 45 - N. Ref. / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional Especialista
48 - Reg. Prof. 49 - GI. Part. 50 - Código no Operadora 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
48 - Reg. Prof. 49 - GI. Part. 50 - Código no Operadora 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Sessão 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 Médicos (R\$) 65 - Total Gtos (R\$)
66 - Assinatura do Responsável pela Autenticação 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado



Atendimento:	8217181	Pedido:	2913687	Ac. Number:	3649304
Registro / Nome:	FERNANDA DOS SANTOS				
Data de Nascimento:	29/08/2005	Idade:	18 anos, 5 meses e 13 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	12/02/2024 16:37:00			Laudado:	19/02/2024
					08:40:56
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	JESSE BATISTA CORREA JUNIOR				

RX - PÉ ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento:	8217181	Pedido:	2913687	Ac. Number:	3649305
Registro / Nome:	FERNANDA DOS SANTOS				
Data de Nascimento:	29/08/2005	Idade:	18 anos, 5 meses e 13 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	12/02/2024 16:37:00			Laudado:	19/02/2024 08:40:59
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	JESSE BATISTA CORREA JUNIOR				

RX - TORNOZELO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8148766 DATA: 12/02/2024 17:06
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8217181 DT NASC: 29/08/2005 (18A 5M 15D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 625057 - FERNANDA DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/02/2024 15:02 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

PLANO TERAPEUTICO:
ALTA COM ANALGESIA
ATESTADO
JONES / PRICE / ROBOFOOT
GELO NO LOCAL
RETORNO S/N
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193

PRESCRIÇÃO.: 8148708 DATA: 12/02/2024 16:36
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8217181 DT NASC: 29/08/2005 (18A 5M 15D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 625057 - FERNANDA DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/02/2024 15:02 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENTORSE TORNOZELO ESQ ONTEM

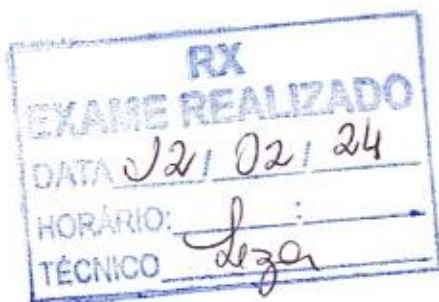
PELE INTEGRA
EDEMA EM BASE DO 5 E EM ML
ADM E FM LIMITADOS
NUEROVAS PRESERVADO
DEAMBULA COM APOIO E DIFICULDAE
DOR EM BASE 5 E ML

PT
RX

8217181

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: ESQ	1					
2 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: ESQ	1					



JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193

TAXA DE SALA

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Compr. de gaze 7,5 x 7,5 (setor) - un		Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº
	Água Oxigenada - ml		Compr. de gaze tipo queijo (45cm)		Estensiofix 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		PVP1 degemante		Sonda Uretral nº
	Álcool Iodado - ml		Dreno de Tórax nº		PVP1 tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Eletrodo desc. de pape + unidade		Clorexedina Alcoólica		Sonda Nasoenteral
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Equipo Macrogotas		Seringa descartável s/ag3ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom (PS/CC) 10cm		Equipo Bomba		Seringa Descartável s/ag5ml		Cateter Sistema Aberto
	Atadura crepom (PS/CC) 20cm		Equipo BIC Foto		Seringa Descartável s/ag20ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 10cm		Escalpe nº		Seringa Descartável s/ag10ml		Cateter Tipo Óculos
	Atadura gessada 20cm		Fio Catgut simples nº		Seringa Descartável s/ag60 ml		Xilocaína gel
	Benzina - ml		Fio Monoglydon nº		Seringa Insulina		
	Bolsa de colostomia descartável		Lâmina de bisturi nº		Lancete		
	Cadaver - 100cm		Lâmina p/ tricotomia				
	Canula end. S/balão nº		Malha Tubular nº _____ cm				
	Canula end. C/balão nº						
PROCEDIMENTOS							
Aplicação EV	Drenagem torácica		Oxigênio: Início: _____ Fim: _____		Sondagem vesical de alívio		
Aplicação IM	Eletrocardiograma		Passagem de Cateter Venoso Central		Sondagem vesical de demora		
Aspiração	Glicemia Capilar		Punção abdominal		Sondagem nasogástrica		
Cardioversão elétrica	Ventilação Mecânica: Início: _____ Fim: _____		Punção Lombar		Traqueostomia		
Curativo P () M () G ()	Monitorização Cardíaca: Início: _____ Fim: _____		Punção Venosa - Adulto		Verificação de sinais vitais		

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Exatidão no preenchimento, assinado pela enfermeira responsável