

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: *Gabriel Souza de Oliveira*  
Nº da Carteira: *100533*  
Instituição: *FACULDADE ADVENTISTA DO PARANÁ*

Data de Nascimento:

*02.03.03*

Nº da Guia:

| Data da Ocorrência | Horário      | Local                   | Atividade        |
|--------------------|--------------|-------------------------|------------------|
| <i>13.02.24</i>    | <i>16:50</i> | <i>CAMPO / ESCALADA</i> | <i>SETE CAMP</i> |

O que aconteceu

Partes do corpo

*ALUNA RELATA QUE AO PARTICIPAR DE UMA PROVA NA ESCALADA, BATEU A CABEÇA NA BARRA DE FERRO.*

Descrição

*RELATA QUE AO BATER A CABEÇA, SENTIU TONTURA E UMA DOR INTENSA. A MESMA COLOCOU GELO IMEDIATO*

Testemunha da ocorrência

*PROF. PAULO*

Telefone

*44 999812241*

Quem prestou primeiros socorros

*ENF. JOSELIÂNIA*

Data

*14.02.2024*

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

*HOSPITAL*

*BOM SAMARITANO*

Observações

*ALUNA COMPARECEU A ENFERMARIA A TARDE COM DOR FORTI NA CABEÇA, COLOCADO GEL. ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO MÉDICA E CONDUZA*

Ass.:

*Josefania Ramos Pazzetto Fagundes*  
*CAREN-PR 173102 - ENF*

Nome quem registrou a ocorrência no AMA/manual)

*44 997540412*

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 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070  
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824  
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

*BS*

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

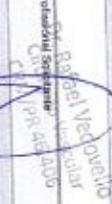
2 - Nº Guia no Prestador 8220594

Folha: 1 / 1

|                  |                       |                              |                                             |
|------------------|-----------------------|------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS | 3 - Nº Guia Principal | 6 - Data Validade da Servico | 7 - Numero da Guia Atribuido pelo Operadora |
| 0                | 5 - Servico           |                              |                                             |

|                        |                          |                  |                       |
|------------------------|--------------------------|------------------|-----------------------|
| 8 - Numero da Carteira | 9 - Validade da Carteira | 10 - Nome Social | 12 - Atendimento a PM |
| 11410226               |                          |                  | N                     |

10 - Nome  
**GABRIELLE SOUZA DE OLIVEIRA**

|                      |                                        |                           |                         |         |                 |                                                                                       |                           |                          |                        |             |                                                  |                            |             |               |
|----------------------|----------------------------------------|---------------------------|-------------------------|---------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------|-------------|--------------------------------------------------|----------------------------|-------------|---------------|
| 13 - Cópia da Quebra | 14 - Nome do Contratado                | 16 - Nome do Profissional | 17 - Numero do Conselho | 18 - UF | 19 - Código CBO | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                           | 21 - Cópia do Atendimento | 22 - Data da Solicitação | 23 - Indicação Clínica | 24 - Índice | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial | 26 - Descrição             | 27 - Q1-Sem | 28 - Q2-Antic |
| 23876304000112       | HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A | RAFAEL SALEM VEDOVELLO    | 06                      | 41      | 225225          |  | 2                         | 15/02/2024               |                        | 1           | 1010139                                          | Consulta em Pronto Socorro | 1           | 0             |

|                       |                                        |                   |
|-----------------------|----------------------------------------|-------------------|
| 29 - Código na Quebra | 30 - Nome do Contratado                | 31 - Código CINES |
| 23876304000112        | HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A | 9365230           |

|                       |                                                               |                       |                                            |           |                   |                 |             |                             |                |             |               |          |                     |                           |                        |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|-----------|-------------------|-----------------|-------------|-----------------------------|----------------|-------------|---------------|----------|---------------------|---------------------------|------------------------|
| 32 - Tipo Atendimento | 33 - Indicação de Motivos (selecionar ou liberar relacionado) | 34 - Tipo de Consulta | 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento | 36 - Data | 37 - Hora Inicial | 38 - Hora Final | 39 - Tabela | 40 - Código do Procedimento | 41 - Descrição | 42 - Q1-Sem | 43 - Q2-Antic | 44 - T65 | 45 - % Raci / Atenc | 46 - Valor Unitario (R\$) | 47 - Valor Total (R\$) |
|                       |                                                               |                       |                                            |           |                   |                 |             |                             |                |             |               |          |                     |                           |                        |

|                |                              |                           |                         |                            |                         |         |                 |
|----------------|------------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|---------|-----------------|
| 48 - Sinal RAC | 49 - Código na quebra ou CTR | 50 - Nome do Profissional | 51 - Nome do Contratado | 52 - Conselho Profissional | 53 - Numero no Conselho | 54 - UF | 55 - Código CBO |
|                |                              |                           |                         |                            |                         |         |                 |

|                                                  |                                                |                                                  |                                                |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 56 - Data de Realização do Procedimento em Serie | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável | 58 - Data de Realização do Procedimento em Serie | 59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável |
| 1- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12                    | 5- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12                  | 1- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12                    | 5- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12                  |

|                                |                                 |                          |                                  |                                 |                        |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| 60 - Total Procedimentos (R\$) | 61 - Total Taxas e Multas (R\$) | 62 - Total de CPNE (R\$) | 63 - Total de Medicamentos (R\$) | 64 - Total Outros Valores (R\$) | 65 - Total Geral (R\$) |
|                                |                                 |                          |                                  |                                 |                        |

|                                                                                    |                               |                               |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                    | 67 - Assinatura do Contratado | 68 - Assinatura do Contratado | 69 - Assinatura do Contratado |
|  |                               |                               |                               |

Impresso por: ETASR,DA

Data: 15/02/2024 07:31:07

Contato: 096 0220594

Assinatura: 6020594

Clínica: CLÍNICA ADVENTISTA - CLAC

\*8220594\*

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

2 - Nº Guia no Prestador 8220594

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
0

3 - Nr. Guia Fiscal

5 - Sexo

6 - Data Validade da Santa

7 - Numero da Guia Atibuido pela Operadora

12 - Atendimento a RN  
N

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira  
11410226

9 - Validade da Carteira

99 - Nome Social

10 - Nome

GABRIELLE SOUZA DE OLIVEIRA

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

13 - Código da Operadora  
23876304000112

16 - Nome do Profissional Solicitante  
RAFAEL SALEM VEDOVELLO

16 - Conselho Profissional  
06

17 - Numero no Conselho  
46406

18 - UF  
41

19 - Código CBO  
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

90 - Insulador da Odenus Especial

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados

21 - Código do Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
15/02/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
22

25 - Código do Procedimento  
41001010

26 - Descrição  
TC - CRANIO OU GELA TUMORCA OU OBLITAS MEDICAMENTOS

27 - Q1 Solc  
1 0

28 - Q1 Autoriz  
1 0

Dados do Contratado Beneficiário

29 - Código na Operadora  
23876304000112

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

31 - Nome do Profissional  
33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Regime de atendimento

37 - Estado Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

38 - Data

39 - H. Inicial 39 - H. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q10n 43 - Via 44 - Tec

45 - % Red / Acerto 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

31 - Código CBOES  
9365230

Identificação do(a) Profissional(a) Exercendo

48 - Org. Prof

49 - Org. Part

50 - Código na operação CPE

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF 54 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Santa

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Assinatura do Responsável pela Autorização

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Assinatura do Contratado

65 - Total Gastos Médicos (R\$)

66 - Total Geral (R\$)

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

81 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: KESSEL VA

Departamento: 15/02/2024 09:54:39

Contratado: 8220594

Assinatura: 8220594

Assinatura: 8220594

Assinatura: 8220594

Assinatura: 8220594

\*8220594\*

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

PRESCRIÇÃO.: 8154403 DATA: 15/02/2024 08:22  
USUÁRIO....: RSVDOVELLO  
ATENDIMENTO: 8220594 DT NASC: 02/03/2003 (20A 11M 16D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 559747 - GABRIELLE SOUZA DE OLIVEIRA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 15/02/2024 07:30 0 DIAS(S) INT  
MÉDICO.....: RAFAEL SALEM VEDOVELLO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM REFERE TRAUMA EM REGIAO TEMPORAL ESQUERDA CONTRA BARRA DE FERRO NA TERÇA-FEIRA, COM QUEIXA DE DOR LOCAL, COM MELHORA PROGRESSIVA. REFERE USO DE DORFLEX. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, SEM AMNÉSIA LACUNAR, NEGA NÁUSEAS E VÔMITOS. NEGA OUTRAS QUEIXAS, NEGA OUTROS TRAUMAS  
AO EXAME, REGULAR ESTADO GERAL, CONSCIENTE E ORIENTADA, CORADA E HIDRATADA, AFEBRIL AO TOQUE, ANICTÉRICA E ACIANÓTICA.  
EUPNEICA EM AR AMBIENTE, ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, ABDOME FLÁCIDO E INDOLOR.  
GLASGOW 15.

CD: EXAME DE IMAGEM  
ANALGESIA

\*8220594\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

|                     | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|---------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 1 TC COMP DE CRANIO | 1   |         |    |     |            |               |
| Justificativa.: TCE |     |         |    |     |            |               |

#### MEDICAMENTOS

|                                                | Qtd | Unidade   | SN | Apl | Frequência | Data Horários   |
|------------------------------------------------|-----|-----------|----|-----|------------|-----------------|
| 2 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ                    | 1   | AMPOLA    |    | EV  | AGORA      | [15/02] . 08:23 |
| -> AGUA DESTILADA 10 ML INJ                    | 1   | AMPOLA    |    |     |            |                 |
| 3 C.C. TILATIL 20MG, FR/A, (EV, IM)            | 1   | FR-AMPOLA |    | EV  | AGORA      | [15/02] . 08:23 |
| -> AGULHA DESC 40 X 12                         | 1   | UNIDADE   |    |     |            |                 |
| -> SERINGA DESC S/AGULHA 03ML BICO LISO        | 1   | UNIDADE   |    |     |            |                 |
| -> AGUA DESTILADA 10 ML INJ                    | 1   | AMPOLA    |    |     |            |                 |
| 4 C.C. DECADRON 4MG/ML, AMPOLA 2,5ML, (IM, EV) | 1   | FR 2,5ML  |    | EV  | AGORA      | [15/02] . 08:23 |



RAFAEL SALEM VEDOVELLO  
CRM-PR: 46406

PRESCRIÇÃO.: 8154474 DATA: 15/02/2024 08:38  
USUÁRIO....: RSVEDOVELLO  
ATENDIMENTO: 8220594 DT NASC: 02/03/2003 (20A 11M 16D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE...: 559747 - GABRIELLE SOUZA DE OLIVEIRA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 15/02/2024 07:30 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL SALEM VEDOVELLO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE MANTÉM-SE CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE.  
EVOLUI ASSINTOMÁTICO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO.  
TOMOGRAFIA SEM SINAIS APARENTES DE ALTERAÇÕES AGUDAS, SEM SINAIS APARENTES DE SANGRAMENTO  
ENCEFÁLICO, SEM SINAIS APARENTES DE DESVIO OU DESCONTINUIDADE DE ESTRUTURAS ÓSSEAS.

CD: ALTA HOSPITALAR

ANALGESIA

ORIENTAÇÕES GERAIS, SOBRE TRAUMA, SINAIS DE ALARME E RETORNO SE NECESSÁRIO



RAFAEL SALEM VEDOVELLO  
CRM-PR: 46406

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8220594    Prontuário: 559747    SAME:    Hora Atend: 07:30    Data Atend: 15/02/2024  
Paciente..... : GABRIELLE SOUZA DE OLIVEIRA    Idade: 20 a  
Endereço..... : RUA GLEBA PAISANDU  
Bairro..... : CENTRO    UF...: PR    CEP: 87130000  
Cidade..... : IVATUBA    Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM  
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
CID Principal..... : S000 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO COURO CABELUDO  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO    Hora Saída : 08:39  
Data Saída..... : 15/02/2024

Prestador da Evolução Médica: RAFAEL SALEM VEDOVELLO