

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Rebeca Aparecida Camargo
Nº da Carteira: 11.1.12691
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 23/04/2007

Nº da Guia: 18078

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/05/2024	10:00:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Antebraço Direito, Cotovelo Direito

Descrição

Aluna relata que estava no intervalo, jogando voley e ao receber uma bola correu e bateu o antebraço na quina da parede, torcendo o mesmo. Relata que sentiu uma dor forte e um choque no momento da batida. Relata dor intensa ao exame físico, dificuldade de mobilidade.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Helena	(44) 9965-8917

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joserlania Pazette	24/05/2024

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

Realizado imobilização e geloterapia. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.: _____

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF
Joserlania 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

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

2 - Nº Guia no Prestador 18078

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Número da Carteira

11112691

9 - Validade da Carteira

89 - Nome Social

10 - Nome

REBECA APARECIDA CAMARGO

11 - Nome do Contratado

13 - Código da Operação
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
41325

18 - UF
PR

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação
24/05/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Ql Solic.

28 - Ql Autoriz.

29 - Ql Solic.

30 - Ql Autoriz.

31 - Ql Solic.

32 - Ql Autoriz.

33 - Ql Solic.

34 - Ql Autoriz.

35 - Ql Solic.

36 - Ql Autoriz.

37 - Ql Solic.

38 - Ql Autoriz.

39 - Ql Solic.

40 - Ql Autoriz.

41 - Ql Solic.

42 - Ql Autoriz.

43 - Ql Solic.

44 - Ql Autoriz.

45 - Ql Solic.

46 - Ql Autoriz.

29 - Código na Operação
23876304000112

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

31 - Código CBO

32 - Ql Solic.

33 - Ql Autoriz.

34 - Ql Solic.

35 - Ql Autoriz.

36 - Ql Solic.

37 - Ql Autoriz.

38 - Ql Solic.

39 - Ql Autoriz.

40 - Ql Solic.

41 - Ql Autoriz.

42 - Ql Solic.

43 - Ql Autoriz.

44 - Ql Solic.

45 - Ql Autoriz.

46 - Ql Solic.

47 - Ql Autoriz.

48 - Ql Solic.

49 - Ql Autoriz.

50 - Ql Solic.

51 - Ql Autoriz.

52 - Ql Solic.

53 - Ql Autoriz.

54 - Ql Solic.

55 - Ql Autoriz.

56 - Ql Solic.

57 - Ql Autoriz.

58 - Ql Solic.

59 - Ql Autoriz.

33 - Indicação de Acidente (incidento ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo do Envolvimento do Atendimento

36 - Tipo de Atendimento

37 - Tipo de Atendimento

38 - Tipo de Atendimento

39 - Tipo de Atendimento

40 - Tipo de Atendimento

41 - Tipo de Atendimento

42 - Tipo de Atendimento

43 - Tipo de Atendimento

44 - Tipo de Atendimento

45 - Tipo de Atendimento

46 - Tipo de Atendimento

47 - Tipo de Atendimento

48 - Tipo de Atendimento

Identificação do(a) Profissional(a) Contratado(a)

49 - GR Part

50 - Código na operação/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Tipo de Atendimento

57 - Tipo de Atendimento

58 - Tipo de Atendimento

59 - Tipo de Atendimento

60 - Tipo de Atendimento

61 - Tipo de Atendimento

62 - Tipo de Atendimento

63 - Tipo de Atendimento

64 - Tipo de Atendimento

65 - Tipo de Atendimento

66 - Tipo de Atendimento

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Tipo de Atendimento

59 - Tipo de Atendimento

60 - Tipo de Atendimento

61 - Tipo de Atendimento

62 - Tipo de Atendimento

63 - Tipo de Atendimento

64 - Tipo de Atendimento

65 - Tipo de Atendimento

66 - Tipo de Atendimento

67 - Tipo de Atendimento

68 - Tipo de Atendimento

69 - Tipo de Atendimento

70 - Tipo de Atendimento

71 - Tipo de Atendimento

38 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPIAE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: LCB&LVA

Data: 24/05/2024 16:30:29

Certificado: 6423433

Assinatura: 6423433

Conteúdo: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8423433

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

2 - Nº Guia no Prestador 8423433

Folha: 1 / 1

1 - Registro AAS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data Validade da Guia

7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome Social

12 - Atendimento a RN

11 - Nome

REBECA APARECIDA CAMARGO

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

06

17 - Número no Conselho

3151.7

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

CRN 31517

21 - Código do Atendimento

24/05/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

22

22

20

26 - Descrição

RX - Cocorvato

Lasaca ligamentares - redução inconfluenta

VOLTAREN RETARD

27 - QI Solic.

28 - QI Autoriz.

1

1

1

0

0

1

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CINES

9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - H. Inicial

38 - H. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtdn.

43 - Via

44 - Tax.

45 - % Red / Assoc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CFSILVA

Data: 24/05/2024 23:11:53

Contato: 8423433

Atendimento: 8423433

Centro: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8423433



Atendimento: 8423433 Pedido: 2979486 Ac. Number: 3732542
Registro / Nome: REBECA APARECIDA CAMARGO
Data de Nascimento: 23/04/2007 Idade: 17 anos, 1 mês e 1 dia Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 24/05/2024 17:11:00 Laudado: 27/05/2024
08:14:44
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: LUAN CELSO GONCALVES R

RX - COTOVELO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8431935 DATA: 24/05/2024 17:21
USUÁRIO.....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8423433 DT NASC: 23/04/2007 (17A 1M 2D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 614574 - REBECA APARECIDA CAMARGO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/05/2024 16:28 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURAS OU LUXAÇÕES
DISTENSÃO LIGAMENTAR
CD
ORIENTAÇÕES
ANALGESIA
RETORNO

8423433

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3	C.C. VOLTAREN 75MG, AMP 3ML, (EV, IM) (INJ)	1	AMPOLA		IM	AGORA	[24/05]	17:22
ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
4	COTOVELO, LESOES LIGAMENTARES - INCRUENTO	1					[24/05]	17:21

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517

PRESCRIÇÃO.: 8431915 DATA: 24/05/2024 17:10
USUÁRIO.....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8423433 DT NASC: 23/04/2007 (17A 1M 2D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 614574 - REBECA APARECIDA CAMARGO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/05/2024 16:28 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA COTOVELO DIREITO

ADM COMPLETA POREM DOLOROSA
NEUROVASCULAR OK
PELE INTEGRA

CD:
- RX

8423433

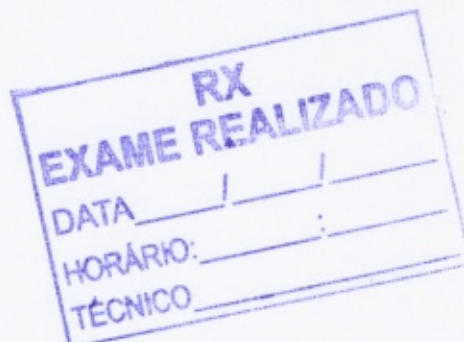
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

VISITA HOSPITALAR

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



PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR: 31.517 / 120115107

TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8423433 11112691

Nome:

DN:

Atendimento:

Data:

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
	Abocath nº		Compr. de gase 7,5 x 7,5 (setor) - un		Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº
1	Agulha descartável 25 x 7		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Estensiofix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº
	Agulha descartável 40 x 12		Comp. Cirúrgica estéril		Póilfix Padrão		Sonda Foley3 vias nº
	Agulha descartável 13x 4,5		Cateter Central _____		PVPi degermante		Sonda Uretral nº _____
	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno de Torax nº _____		PVPi tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Eletrodo desc. de papel unidade		Clorexedina Alcodica _____ml		Sonda Nasoentrel
	Atadura crepom 10cm		Equipo Macrogotas		Clorexidina Degermante _____ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado
	Atadura crepom 20cm		Equipo Bomba Infusão (BIC)		Clorexidina Aquosa _____ml		Coletor Sistema Aberto
	Atadura gessada 10cm		Equipo BIC Foto		Seringa descartável s/ag3ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 20cm		Escalpe nº	1	Seringa Descartável s/ag5ml		Cateter Tipo óculos
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples nº _____		Seringa Descartável s/ag10ml		Xylocaina gel
	Cadargo – 100cm		Fio Mononylon nº _____		Seringa Descartável s/ag20ml		
	Cânula end. S/balão nº		Lâmina de bisturi nº _____		Seringa Descartável s/ag60 ml		
	Malha Tubular nº _____cm		Lâmina p/ tricotomia		Seringa Insulina		

GASES E MONITORIZAÇÃO

Monitorização Cardíaca: Início:	Fim:	Oxigênio: Início:	Fim:	Ventilação Mecânica: Início:	Fim:
_____	_____	_____	_____	_____	_____

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA	PA	P	T	R	SAT	DOR
						13:32-7

17:22 - Trouma um cetovales divide. Realizou vazio-x. Parente near
vazio uma diviso₃ Im. Si bno da _____ Mlt