

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Guilherme Abreu Souza de Ré
Nº da Carteira: 11.1.13164
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 30/12/2008

Nº da Guia: 18813

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/06/2024	20:15:00	Ginásio	Aula de educação física

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

Descrição

Aluno em treino de futsal como goleiro. Refere ter sofrido o impacto da bola em MSE em dedo polegar. Apresenta edema 2+/4+, dificuldade para movimentar o membro, leve deformidade. Aplicado gelo e realizado imobilização com tala e atadura.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof Paulo	+55 44 9981-2241

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

Encaminhado para avaliação ortopédica.

Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731
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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 18813

Folha: 1 / 1

1 - Registro ABO
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Análise

5 - Data

6 - Data Validade da Guia

7 - Número da Guia e Guia para Questionário

8 - Número da Carteira
11113164

9 - Nome

JOAO GUILHERME ABREU SOUZA DE RE

10 - Número do Cartão Nacional de Saúde

11 - Assinatura a RV
N

12 - Código de Operadora
23876304000112

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

14 - Nome do Profissional Solicitante
SAMUEL MACHADO

15 - Carteira Profissional
06

16 - Registro no Conselho
28684

17 - UF
41

18 - Data de Emissão
22/07/20

19 - Assinatura do Profissional Solicitante

20 - Data de Análise
20/06/2024

21 - Data de Análise

22 - Data de Análise

23 - Data de Análise

24 - Data de Análise

25 - Data de Análise

26 - Data de Análise

27 - Data de Análise
1 22

28 - Data de Análise
40803120

29 - Data de Análise
30722420

30 - Data de Análise
RX - Mão ou quitodactilo

31 - Data de Análise
Faturas e/ou lussões de falanges (interfalangeanas) - redução incruce

32 - Código de Operadora
23876304000112

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

34 - Nome do Profissional Solicitante
9866230

35 - Data de Análise

36 - Data de Análise

37 - Data de Análise

38 - Data de Análise

39 - Data de Análise

40 - Data de Análise

41 - Data de Análise

42 - Data de Análise

43 - Data de Análise

44 - Data de Análise

45 - Data de Análise

46 - Data de Análise

47 - Data de Análise

48 - Data de Análise

49 - Data de Análise

50 - Data de Análise

51 - Data de Análise

52 - Data de Análise

53 - Data de Análise

54 - Data de Análise

55 - Data de Análise

56 - Data de Realização de Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Data de Análise

59 - Data de Análise

60 - Data de Análise

61 - Data de Análise

62 - Data de Análise

63 - Data de Análise

64 - Data de Análise

65 - Data de Análise

66 - Data de Análise

67 - Data de Análise

68 - Data de Análise

69 - Data de Análise

70 - Data de Análise

71 - Data de Análise

72 - Data de Análise

73 - Data de Análise

74 - Data de Análise

75 - Data de Análise

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

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

Impresso por: KBBBLVA

Data: 20/06/2024 10:18:27

Carteira: 28684

Assinatura: 28684

Carteira: INST ADVENTISTA-AP

8469448

[illegible]



Atendimento:	8469448	Pedido:	2996493	Ac. Number:	3753782
Registro / Nome:	JOAO GUILHERME ABREU SOUZA DE RE				
Data de Nascimento:	30/12/2008	Idade:	15 anos, 5 meses e 19 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	19/06/2024 23:34:00			Laudado:	27/06/2024
					09:09:17
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - MÃO DIREITA

- Fratura da falange distal do polegar direito.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8497595 DATA: 19/06/2024 23:33
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8469448 DT NASC: 30/12/2008 (15A 5M 20D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 635992 - JOAO GUILHERME ABREU SOUZA DE RE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/06/2024 23:24 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM TRAUMA EM POLEGAR ESQUERDO APÓS TRAUMA HÁ 3 HORAS NA ESCOLA EM PRÁTICA DESPORTIVA

EFO
DOR A PALPAÇÃO EM IF DE POLEGAR
ADM LIMITADA A DOR
EDEMA

PT
RX
REAVALIO

8469448

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						
Justificativa.: TRAUMA							
Obs.: AP + P POLEGAR ESQUERDO							

VISITA HOSPITALAR

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

RX
EXAME REALIZADO
DATA: / /
HORÁRIO: :
TÉCNICO:

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

Ass 28684

PRESCRIÇÃO.: 8497611 DATA: 19/06/2024 23:48
USUÁRIO.....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8469448 DT NASC: 30/12/2008 (15A 5M 20D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 635992 - JOAO GUILHERME ABREU SOUZA DE RE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/06/2024 23:24 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX COM EVIDÊNCIA DE FRATURA EM FALANGE DISTAL DE POLEGAR ESQUERDO

PT
IMOBILIZAÇÃO
ANALGESIA
ATESTADO
ORIENTAÇÕES GERAIS

8469448

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 MAO, FRATURAS/LUXACOES DE FALANGES - INCRUENTO	1					[19/06] . 23:48

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

CRM 28684

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8469448 Prontuário: 635992 SAME:
Paciente..... : JOAO GUILHERME ABREU SOUZA DE RE
Endereço..... : GLEBA PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP
CID Principal..... : S625 - FRATURA DO POLEGAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 19/06/2024

Hora Atend: 23:24 Data Atend:19/06/2024
Idade: 15 a

UF.: PR CEP: 87130000
Plano....: COLEGIO ADVENTISTA ENFERMEIRO

Hora Saída :23:47

Prestador da Evolução Médica: SAMUEL MACHADO

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
(Na ausência de etiqueta, preencher dados ao lado)

TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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	
Agulha descartável 25 x 7		Compr. de gase tipo queijo (45cm)		Estensofix 20 cm		Sonda Foley2 vias nº	
Agulha descartável 40 x 12		Comp. Cirúrgica estéril		Polifix Padrão		Sonda Foley3 vias nº	
Agulha descartável 13x 4,5		Cateter Central		PVPJ degermante		Sonda Uretral nº	
Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno de Tórax nº		PVPJ tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº	
Atadura algodão ortopédica 20cm		Eletrodo desc. de papel unidade		Clorexidina Alcoólica _____ ml		Sonda Nasoenteral	
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		Seringa Descartável s/ ag5ml		Cateter Tipo Joulus	
Boia 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 pl/ tricotomia		Seringa Insulina			

GASES E MONITORIZAÇÃO

Ventilação Mecânica: Início: _____ Fim: _____

Oxigênio: Início: _____ Fim: _____

Monitorização Cardíaca: Início: _____ Fim: _____

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Este relato foi elaborado em conjunto com a equipe de enfermagem, após a avaliação de enfermagem.