

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gabriel Silva Paulo
Nº da Carteirinha: 11.1.12766
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 27/12/2008

Nº da Guia: 19914

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/08/2024	10:30:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu

Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)

Partes do corpo

Joelho Direito

Descrição

Aluno em excursão do colégio em São Paulo (UNASP), refere ter sofrido choque com terceiro e luxação de patela D. Redução espontânea da luxação em poucos segundos após o trauma. SIC já teve um episódio prévio de luxação de patela em atividade no colégio. Encaminhado para avaliação médica via SUS.

Testemunha da ocorrência

Prof. Paulo

Telefone

(51) 98270-3529

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 reavaliação ortopédica devido relato de persistir algia em membro e piora ao deambular.

Ass.:


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

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

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Série	6 - Data Validade da Série	7 - Número da Guia Attribuído pelo Operadora

8 - Nome do Beneficiário	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
11112766		GABRIEL SILVA PAULO		N

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 do Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
SAMUEL MACHADO	06	28684	41	225270	

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qx Solic	28 - Qx Autoriz
2	14/08/2024		1	22	10101039	1	0

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

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Atividade Incidente ou Atividade relacionada	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento	36 - Data	37 - H. Social	38 - H. Priv	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qx Solic	43 - Via	44 - Tbx	45 - % Ind / Autoriz	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

48 - Data	49 - Op. Part	50 - Código na operação/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO

56 - Data de Realização da Procedimento em Sala	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Total da Tabela de Tabela e Aluguéis (R\$)	59 - Total Tabela de Medicinas (R\$)	60 - Total da OpME (R\$)	61 - Total da Medicamentos (R\$)	62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	63 - Assinatura do Contratado	64 - Total Tabela Medicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Responsável pela Autorização	68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Contratado	70 - Assinatura do Contratado	71 - Assinatura do Contratado	72 - Assinatura do Contratado	73 - Assinatura do Contratado	74 - Assinatura do Contratado	75 - Assinatura do Contratado

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização	77 - Assinatura do Responsável pela Autorização	78 - Assinatura do Contratado	79 - Assinatura do Contratado	80 - Assinatura do Contratado	81 - Assinatura do Contratado	82 - Assinatura do Contratado	83 - Assinatura do Contratado	84 - Assinatura do Contratado	85 - Assinatura do Contratado

86 - Assinatura do Responsável pela Autorização	87 - Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Assinatura do Contratado	89 - Assinatura do Contratado	90 - Assinatura do Contratado	91 - Assinatura do Contratado	92 - Assinatura do Contratado	93 - Assinatura do Contratado	94 - Assinatura do Contratado	95 - Assinatura do Contratado

96 - Assinatura do Responsável pela Autorização	97 - Assinatura do Responsável pela Autorização	98 - Assinatura do Contratado	99 - Assinatura do Contratado	100 - Assinatura do Contratado	101 - Assinatura do Contratado	102 - Assinatura do Contratado	103 - Assinatura do Contratado	104 - Assinatura do Contratado	105 - Assinatura do Contratado

106 - Assinatura do Responsável pela Autorização	107 - Assinatura do Responsável pela Autorização	108 - Assinatura do Contratado	109 - Assinatura do Contratado	110 - Assinatura do Contratado	111 - Assinatura do Contratado	112 - Assinatura do Contratado	113 - Assinatura do Contratado	114 - Assinatura do Contratado	115 - Assinatura do Contratado

116 - Assinatura do Responsável pela Autorização	117 - Assinatura do Responsável pela Autorização	118 - Assinatura do Contratado	119 - Assinatura do Contratado	120 - Assinatura do Contratado	121 - Assinatura do Contratado	122 - Assinatura do Contratado	123 - Assinatura do Contratado	124 - Assinatura do Contratado	125 - Assinatura do Contratado

126 - Assinatura do Responsável pela Autorização	127 - Assinatura do Responsável pela Autorização	128 - Assinatura do Contratado	129 - Assinatura do Contratado	130 - Assinatura do Contratado	131 - Assinatura do Contratado	132 - Assinatura do Contratado	133 - Assinatura do Contratado	134 - Assinatura do Contratado	135 - Assinatura do Contratado

136 - Assinatura do Responsável pela Autorização	137 - Assinatura do Responsável pela Autorização	138 - Assinatura do Contratado	139 - Assinatura do Contratado	140 - Assinatura do Contratado	141 - Assinatura do Contratado	142 - Assinatura do Contratado	143 - Assinatura do Contratado	144 - Assinatura do Contratado	145 - Assinatura do Contratado

146 - Assinatura do Responsável pela Autorização	147 - Assinatura do Responsável pela Autorização	148 - Assinatura do Contratado	149 - Assinatura do Contratado	150 - Assinatura do Contratado	151 - Assinatura do Contratado	152 - Assinatura do Contratado	153 - Assinatura do Contratado	154 - Assinatura do Contratado	155 - Assinatura do Contratado

85664597

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

2 - Nº Guia no Prestador 8564597

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Setor

6 - Data Validade da Setor

7 - Numero da Guia Atribuido pelo Operadora

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

1112766

GABRIEL SILVA PAULO

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

12 - Alteramento a RV

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante

SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

28684

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

cam28684

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

15/08/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabuleta

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Q1 Solic.

28 - Q2 Autoriz.

1

22

40804054

RX - Joelho

MEDICAMENTOS

72999999

0

1

0

0

1

0

0

1

0

0

1

0

Dados do Contratado / Beneficiário

29 - Código na Operadora

23876304000112

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

31 - Código CNE3

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr Inicial

38 - Hr Final

39 - Tabuleta

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1a, 43 - Via

44 - Tec.

45 - % Real / Anest. 46 - Valor Utilizado (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (CPF) Profissional(s) Beneficiário(s)

48 - Sog. Pac.

49 - Gr. Pac.

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Setor

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

58 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Manutenção (R\$)

62 - Total das OPMs (R\$)

63 - Total das Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicinas (R\$)

65 - Total Gastos (R\$)

66 - Assinatura do Contratado

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: CFSM/VA

Data Hora: 15/08/2024 01:18:35

Consulta: 8564597

Assinatura: 8564597

Conteúdo: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8564597



Atendimento:	8564597	Pedido:	3032530	Ac. Number:	3798549
Registro / Nome:	GABRIEL SILVA PAULO				
Data de Nascimento:	27/12/2008	Idade:	15 anos, 7 meses e 17 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	14/08/2024 15:18:00			Laudado:	15/08/2024 15:54:04
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - JOELHO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8627252 DATA: 14/08/2024 16:03
USUÁRIO.....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8564597 DT NASC: 27/12/2008 (15A 7M 18D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 640423 - GABRIEL SILVA PAULO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/08/2024 14:29 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA OU LUXAÇÃO OU DESVIOS

PT: ANALGESIA
ENCAMINHO PARA SEGUIMENTO AMBULATORIAL COM EQUIPE DE JOELHO
GELO
JONES
ORIENTAÇÕES GERAIS E CUIDADOS
RETORNO SE NECESSARIO
ALTA DA ORTOPEDIA

8564597

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3	C.C. DECADRON 4MG/ML, AMPOLA 2,5ML, (IM, EV)	1	FR 2,5ML		IM	AGORA	[14/08] 16:03
	-> AGULHA DESC 25 X 7	1	UNIDADE				
	-> SERINGA DESC S/AGULHA 03ML BICO LISO	1	UNIDADE				

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR. 286.84

PRESCRIÇÃO.: 8627101 DATA: 14/08/2024 15:16
USUÁRIO.....: PSMACHADO
ATENDIMENTO.: 8564597 DT NASC: 27/12/2008 (15A 7M 18D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 640423 - GABRIEL SILVA PAULO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/08/2024 14:29 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

REFERE LUXAÇÃO DE PATELA DIR HA 4 DIAS
NA OCASIAO PROCURIU ATENDIMENTO MEDICO ONDE RECEBE ANALGESIA E ORIETAÇÕES
SEGUNDO EPISODIO

PT: SOLICITO RX E REAVALIO

8564597

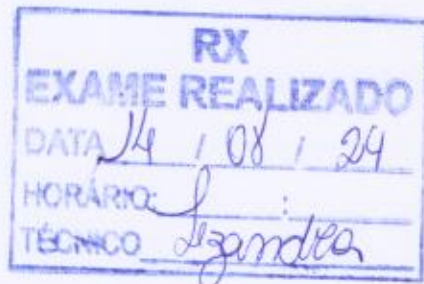
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

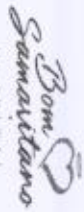
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF JOELHO:A.P. - LATERAL D	1						
Justificativa.: <i>direito</i>							

VISITA HOSPITALAR

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



CRN 28684
PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84



GABRIEL SILVA PAULO
Dt Nasc: 27/12/2008 Sx M
Pront: 640423 Dt: 14/08/2024
CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLINICA
8564597

TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: _____ DN: _____ Atendimento: _____ Data: _____

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
+	Adocath n°	Compr. de gase 7,5 x 7,5 (setor) - un	Luva esteril n°		Sonda Aspiração n°		
	Agulha descartável 25 x 7	Compr. de gase tipo queijo (45cm)	Estensolix 20 cm		Sonda Foley 2 vias n°		
	Agulha descartável 40 x 12	Comp. Cirúrgica esteril	Polifix Padrão		Sonda Foley 3 vias n°		
	Agulha descartável 13x 4,5	Cateter Central	PVPi degemante		Sonda Uretral n°		
	Atadura algodão ortopédica 10cm	Dreno de Tórax n°	PVPi tóxico		Sonda Nasogástrica longa n°		
	Atadura algodão ortopédica 20cm	Eletrodo desc. de papel unidade	Clorexidina Alcobolica ml		Sonda Nasoenteral		
	Atadura crepom 10cm	Equipo Macrogotas	Clorexidina Degemante ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado		
	Atadura crepom 20cm	Equipo Bomba Infusão (BIC)	Clorexidine Aquosa ml		Coletor Sistema Aberto		
	Atadura gessada 10cm	Equipo BIC Folo	Seringa descartável s/ag 3ml		Tala de Alumínio P () M () G ()		
	Atadura gessada 20cm	Escalpe n°	Seringa Descartável s/ag 5ml		Cateter Tipo Óculos		
	Bolsa de colostomia descartável	Fio Catgut simples n°	Seringa Descartável s/ag 10ml		Xylocaina gel		
	Cadargo - 100cm	Fio Mononylon n°	Seringa Descartável s/ag 20ml				
	Cânula end. Sibilão n°	Lamina de bisturi n°	Seringa Descartável s/ag 60 ml				
	Malha Tubular n° cm	Lamina p/ tricotomia	Seringa Insulina				

GASES E MONITORIZAÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

16:30 - Sucesso de cateter D ha 04 dias por
Reculpo de suco - y. da diurese com. ultra oxas -

628