

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Gabriel Henrique Dos Santos

Nº da Carteira: 11.4.195909

Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 12/02/2002

Nº da Guia: 20314



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
25/08/2024	10:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluno relata que estava participando do Intercurso, em um jogo de basquete, quando recebeu uma bola que bateu no 1º dedo da mão E, virando o mesmo para trás. Apresenta discreta equimose e edema local. (Aluno relata que colocou o dedo de volta no lugar)

Testemunha da ocorrência	Telefone
Sofia	(49) 99964-7376

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joselania Pazette	25/08/2024

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

Aplicado gelo local + Gelol. Encaminhado para avaliação médica e conduta

Ass.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Joselania 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

[illegible]

8584192

Serviço Profissional e Serviço Auxiliar de
Diagnóstico e Terapia - SP/SADT

3º Nº Guia do Prestador 8584192

Folha: 1 / 1

Seguro RG
000000

13412601

GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS

Nome do Contratado
GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS

CPF do Contratado

06

4310C

41 225225

CRN 39193

26/08/2024

28 - Interprete Cirurgia

21 - Tabela
22 - Código do Procedimento ou
Assistência 40803120
22 30711037
26 - Descrição
RX - Mão ou quirodactilo
Imobilização de membro superior

27 - Q1 Sólido 28 - Q1 Amorfo

1 0

Nome do Contratado

30 - Nome do Contratado

20 - Código do Operante

ROSEVALDO BOIM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Cargo CSES
9305230

Nome do Contratado

34 - Tipo de Consulta

35 - Serviço de Encaminhamento ou Atendimento

32 - Data da Realização do Procedimento em Série

33 - Data

34 - Data

35 - Data

36 - Data

37 - Data da Realização do Procedimento em Série

38 - Data

39 - Data

40 - Data

41 - Data

42 - Data

43 - Data

44 - Data da Realização do Procedimento em Série
45 - Data da Realização do Procedimento em Série
46 - Data da Realização do Procedimento em Série
47 - Data da Realização do Procedimento em Série
48 - Data da Realização do Procedimento em Série
49 - Data da Realização do Procedimento em Série
50 - Data da Realização do Procedimento em Série
51 - Data da Realização do Procedimento em Série
52 - Data da Realização do Procedimento em Série
53 - Data da Realização do Procedimento em Série
54 - Data da Realização do Procedimento em Série
55 - Data da Realização do Procedimento em Série
56 - Data da Realização do Procedimento em Série
57 - Data da Realização do Procedimento em Série
58 - Data da Realização do Procedimento em Série
59 - Data da Realização do Procedimento em Série
60 - Data da Realização do Procedimento em Série
61 - Data da Realização do Procedimento em Série
62 - Data da Realização do Procedimento em Série
63 - Data da Realização do Procedimento em Série
64 - Data da Realização do Procedimento em Série
65 - Data da Realização do Procedimento em Série
66 - Data da Realização do Procedimento em Série
67 - Data da Realização do Procedimento em Série
68 - Data da Realização do Procedimento em Série
69 - Data da Realização do Procedimento em Série
70 - Data da Realização do Procedimento em Série
71 - Data da Realização do Procedimento em Série
72 - Data da Realização do Procedimento em Série
73 - Data da Realização do Procedimento em Série
74 - Data da Realização do Procedimento em Série
75 - Data da Realização do Procedimento em Série
76 - Data da Realização do Procedimento em Série
77 - Data da Realização do Procedimento em Série
78 - Data da Realização do Procedimento em Série
79 - Data da Realização do Procedimento em Série
80 - Data da Realização do Procedimento em Série
81 - Data da Realização do Procedimento em Série
82 - Data da Realização do Procedimento em Série
83 - Data da Realização do Procedimento em Série
84 - Data da Realização do Procedimento em Série
85 - Data da Realização do Procedimento em Série
86 - Data da Realização do Procedimento em Série
87 - Data da Realização do Procedimento em Série
88 - Data da Realização do Procedimento em Série
89 - Data da Realização do Procedimento em Série
90 - Data da Realização do Procedimento em Série
91 - Data da Realização do Procedimento em Série
92 - Data da Realização do Procedimento em Série
93 - Data da Realização do Procedimento em Série
94 - Data da Realização do Procedimento em Série
95 - Data da Realização do Procedimento em Série
96 - Data da Realização do Procedimento em Série
97 - Data da Realização do Procedimento em Série
98 - Data da Realização do Procedimento em Série
99 - Data da Realização do Procedimento em Série
100 - Data da Realização do Procedimento em Série

60 - Total de Tarefas a Realizar (TS)

61 - Total de Tarefas a Realizar (TS)

62 - Total de Tarefas a Realizar (TS)

63 - Total de Tarefas a Realizar (TS)

64 - Total de Tarefas a Realizar (TS)

65 - Total de Tarefas a Realizar (TS)

66 - Total de Tarefas a Realizar (TS)

67 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Contratado

Impresso por: C/383/VA

Chave: 28082024.161348

Controle: 1684192

Assinatura: 1684192

Contato: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8584192

PRESCRIÇÃO.: 8655945 DATA: 26/08/2024 16:27
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8584192 DT NASC: 12/02/2002 (22A 6M 14D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 599146 - GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/08/2024 14:57 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA HA 1 DIA DE 1RO QDE
PACIENTE REFERE QUE O DEDO " SAIU DO LUGAR E COLOU DE VOLTA "

EFO: EDEMA , DOR A PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO
SEM CREPTAÇÃO SOU DESVIOS ROTACIONAIS

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA OU LUXAÇÃO OU DESVIOS

HD> LESÃO DE STENER?

PT:

- IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA TIPO CALHA
- ANALGESIA
- ATESTADO DE ATIVIDADES FISICAS
- RETORNO AMBULATORIAL EM 1 SEMANA
- ORIENTAÇÕES GERAIS E CUIDADOS
- ALTA DA ORTOPEDIA

CRM 39193
JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193

PRESCRIÇÃO.: 8655837 DATA: 26/08/2024 15:46
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8584192 DT NASC: 12/02/2002 (22A 6M 14D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 599146 - GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 26/08/2024 14:57 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT.: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

8584192

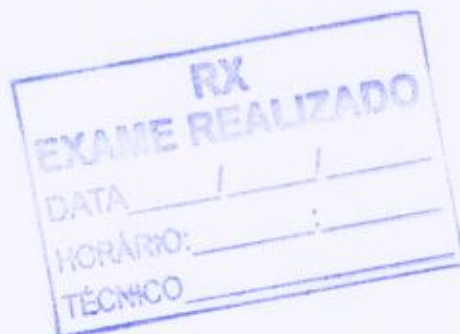
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						
Justificativa.: MÃO ESQ AP + PERFIL DE IRO DEDO ESQ							

VISITA HOSPITALAR

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



CRM 39193
JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193



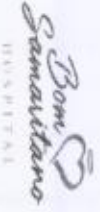
Atendimento:	8584192	Pedido:	3039654	Ac. Number:	3807498
Registro / Nome:	GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS				
Data de Nascimento:	12/02/2002	Idade:	22 anos, 6 meses e 14 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	26/08/2024 15:48:00			Laudado:	27/08/2024 17:05:59
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	JESSE BATISTA CORREA JUNIOR				

RX - POLEGAR ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



GABRIEL HENRIQUE DOS SANTOS
Dt. Nasc: 12/02/2002 5x M
Pront: 599146 Dt: 26/08/2024
CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLINICI

TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

8584192

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
Abocath nº		Compr. de gase 7,5 x 7,5 (setor) - un	Luva esteril nº		Sonda Aspiração nº		
Agulha descartável 25 x 7		Compr. de gase tipo queijo (45cm)	Estensiofix 20 cm		Sonda Foley 2 vias nº		
Agulha descartável 40 x 12		Comp. Cirúrgica esteril	Polifix Padrão		Sonda Foley 3 vias nº		
Agulha descartável 13x 4,5		Cateter Central	PVPi degemante		Sonda Uretral nº		
Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno de Torax nº	PVPi tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº		
Atadura algodão ortopédica 20cm		Eletrodo des- de papel unidade	Clorexidina Alcoólica	ml	Sonda Nasoenteral		
Atadura crepom 10cm		Equipo Macrogotas	Clorexidine Degemante	ml	Bolsa Coletora Sistema Fechado		
Atadura crepom 20cm		Equipo Bomba Infusão (BIC)	Clorexidine 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 Óculos		
Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples nº	Seringa Descartável s/ag10ml		Xylocaina gel		
Cadafço - 100cm		Fio Mononylon nº	Seringa Descartável s/ag20ml				
Canula end. Sbalão 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

paciente estável - diurese adequada, analgesia adequada, sem sinais de infecção, sem alterações gastrointestinais.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
ADMISSÃO SALA DE EMERGÊNCIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente _____

Data de Nascimento _____ / _____ / _____

Convênio _____

Atendimento _____

Data do Atendimento _____ / _____ / _____

Origem

☐ SIATE

☐ SAMU

☐ HUMANA

☐ PROCURA ESPONTÂNEA

☐ OUTROS _____

Tipo de Ocorrência

☐ TRAUMA

☐ AGRESSÃO

☐ QUEDA

☐ CLÍNICO

☐ FAB

☐ QUEIMADURA

☐ ORTOPEDIA

☐ FAF

☐ AFOGAMENTO

Mecanismo

☐ ATROPELAMENTO

☐ QUEDA MOTO

☐ QUEDA BICICLETA

☐ AUTO X MOTO

☐ AUTO X CAMINHÃO

☐ AUTO X AUTO

☐ OUTROS: _____

EJETADO ☐ SIM ☐ NÃO

NEUROLÓGICO

☐ AUSENTE

☐ CONSCIENTE

☐ CONFUSO

☐ AGITADO

☐ DESCONEXO

☐ INCOMPREENSÍVEL

RESPIRATÓRIO

☐ AUSENTE

☐ EUPNEICO

☐ TAQUIPNEICO

☐ BRADIPNEICO

☐ ASSISTIDA

CIRCULATÓRIO

☐ AUSENTE

☐ NORMOCARDICO

☐ BRADICARDICO

☐ TAQUICARDICO

VIAS AÉREAS

☐ LIVRE

☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL

☐ OBSTRUÇÃO TOTAL

☐ EDEMA DE GLOTE

PELE

☐ NORMAL

☐ PALIDEZ

☐ CIANOSE

☐ ICTERÍCIA

☐ QUENTE/SECA

☐ FRIA/PEGAJOSA

DADOS VITAS

HORÁRIO: _____

PA: _____

BPM: _____

FR: _____

SPO2: _____

T°: _____

Glasgow _____



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Escala de Dor: _____

COMORBIDADES

☐ HAS

☐ DM

☐ CARDIOPATA

☐ NÃO

☐ NEFROPATA

☐ HEPATOPATA

☐ OUTRAS

Qual(is) _____

Qual(is) _____

ALERGIAS

☐ SIM

PRINCIPAIS LESÕES

☐ ESCORIAÇÃO

☐ CONTUSÃO

☐ LACERAÇÃO

☐ LUXAÇÃO

☐ FRAT.FECHADA

☐ FRAT.EXPOSTA

☐ F.C.C

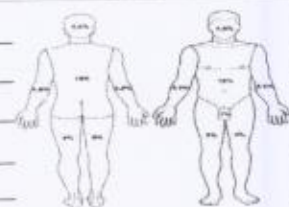
LOCAL: _____

QUEIMADOS

TIPO DE QUEIMADURA: () TEMPERATURA () RADIAÇÃO () QUÍMICA

() ELÉTRICA () BIOLÓGICA

PROFUNDIDADE OU GRAU: () 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU



☐ Internação

☐ Alta

☐ Óbito

☐ Contra referência

Responsável: _____ Coren: _____