

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Balthazar Tupan Beatriz

Nº da Carteirainha: 4.31.5932

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 04/04/2016

Nº da Guia: 21877



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/10/2024	10:09:00	Brinquedos recreativos (Ex.: cama elástica)	Semana da criança

O que aconteceu

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Partes do corpo

Tornozelo Esquerdo

Descrição

A aluna torceu o pé enquanto estava no brinquedo, está se queixando de dor no local e dificuldade para pisar com força o pé no chão.

Testemunha da ocorrência

Maria Edimar

Telefone

(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros

Geovana Florencio

Data

08/10/2024

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

Os responsáveis foram informados do ocorrido e irão avaliar a necessidade de levar ao atendimento médico.

Ass.: *Geovana Florencio*





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

2 - Nº Guia no Prestador 8663815

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº Guia Principal	6 - Data Validade da Semha	7 - Número da Guia Anulado pela Operadora
4 - Data de Autuação	5 - Semha		

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 4315932	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MARIA BALHAZAR TUPAN BEATRIZ	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 7082031	12 - Atribuição a RIN 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 JOYCE APARECIDA FERREIRA DE MELLO	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 39294	18 - UF 41	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--	---	--	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitado	21 - Criterio do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 08/10/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 22	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - QI Solic. 1	28 - QI Atendi. 0
--	-----------------------------------	--	------------------------	------------------	--	--	---------------------	----------------------

Dados do Contratado/Excedente	29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 8365230
-------------------------------	--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Atendimento (paciente ou óbito)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Data 30	37 - Hr Inicial 07	38 - Hr Final 18	39 - Tabela 40	41 - Descrição	42 - Obs. 43 - Vln 44 - T60	45 - % Real / Acum. 46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
----------------------	-----------------------	---	-----------------------	--	-----------------	-----------------------	---------------------	-------------------	----------------	-----------------------------------	--	------------------------

Identificação do(a) Prestador(a) Responsável	48 - Seq. Ref.	49 - Q. Part.	50 - Código no Operadora/CNPJ	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
--	----------------	---------------	-------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização do Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Data de Realização do Procedimento em Série	59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
--	--	--	--

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Marcação (R\$)	62 - Total de OPM (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gastos Médicos (R\$)	65 - Total Gens (R\$)
--------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	-------------------------	----------------------------------	---------------------------------	-----------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autuação	67 - Assinatura, Carimbo ou Rubrica	68 - Assinatura do Contratado
--	-------------------------------------	-------------------------------

8663815



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

2 - Nº Guia no Prestador 8663815

Folha: 1 / 1

1 - Registro AMB
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autuação

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído para Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validação em Carteira

10 - Nome

MARIA BALTAZAR TUPAN BEATRIZ

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

7082031

12 - Atendimento a 10h

N

4315932

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO

16 - Conselho Profissional

06 39.294

17 - Número no Conselho

41 225124

18 - UF

41 225124

19 - Assinatura do Profissional Solicitante

CRM 39493

Dados da Sociedade / Prestadora e Exames Solicitados

21 - Código do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Título

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - CI-Solic

28 - CI-Autoriz

29 - CI-Solic

30 - CI-Autoriz

31 - CI-Solic

32 - CI-Autoriz

33 - CI-Solic

34 - CI-Autoriz

35 - CI-Solic

36 - CI-Autoriz

37 - CI-Solic

38 - CI-Autoriz

39 - CI-Solic

40 - CI-Autoriz

41 - CI-Solic

42 - CI-Autoriz

43 - CI-Solic

44 - CI-Autoriz

45 - CI-Solic

46 - CI-Autoriz

47 - CI-Solic

48 - CI-Autoriz

49 - CI-Solic

50 - CI-Autoriz

51 - CI-Solic

52 - CI-Autoriz

53 - CI-Solic

54 - CI-Autoriz

55 - CI-Solic

56 - CI-Autoriz

57 - CI-Solic

58 - CI-Autoriz

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

31 - Código CHU
9365230

33 - Indicação da Atividade (existente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Empresa / Prestadora e Exames Solicitados

36 - Título

37 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

38 - Descrição

39 - CI-Solic

40 - CI-Autoriz

41 - CI-Solic

42 - CI-Autoriz

43 - CI-Solic

44 - CI-Autoriz

45 - CI-Solic

46 - CI-Autoriz

47 - CI-Solic

48 - CI-Autoriz

49 - CI-Solic

50 - CI-Autoriz

51 - CI-Solic

52 - CI-Autoriz

53 - CI-Solic

54 - CI-Autoriz

55 - CI-Solic

56 - CI-Autoriz

57 - CI-Solic

58 - CI-Autoriz

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CHU

55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

56 - Assinatura do Contratado

57 - Assinatura do Contratado

58 - Assinatura do Contratado

56 - Data de Realização do Procedimento em Saúde

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total da Taxa e Anuidade (R\$)

60 - Total da Taxa e Anuidade (R\$)

61 - Total da Taxa e Anuidade (R\$)

62 - Total da Taxa e Anuidade (R\$)

63 - Total da Taxa e Anuidade (R\$)

64 - Total da Taxa e Anuidade (R\$)

65 - Total da Taxa e Anuidade (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autuação

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: LAMACED

Operadora: 26/10/2024 21:02:52

Centralidade: 0000015

Assinatura: 0000015

Contrato: 1867 ADVENTISTALAP

86663815

PRESCRIÇÃO.: 8765541 DATA: 08/10/2024 12:35
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8663815 DT NASC: 04/04/2016 (8A 6M 5D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 404424 - MARIA BALTHAZAR TUPAN BEATRIZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/10/2024 11:10 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: JOYCE APARECIDA FERREIRA DE MELLO SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO HOJE EM ATIVIDADE NA ESCOLA

EFO
PELE INTEGRAL
ADM TOTAL POREM DOLOROSA
SEM EDEMA OU EQUIMOSE LOCAL
DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO POSTERIOR DO MALEOLO MEDI
NV PRESERVADO

RX REAVALIO APOS

8663815

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO
TIBIO-TARSICA)
Justificativa.: ESQ

Qty Unidade SN Apl Frequência Data Horários

VISITA HOSPITALAR

2 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

Qty Unidade SN Apl Frequência Data Horários

JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193



1ª VIA

Rubrica do
Médico

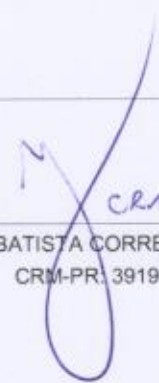
PRESCRIÇÃO.: 8765596 DATA: 08/10/2024 13:06
USUÁRIO.....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8663815 DT NASC: 04/04/2016 (8A 6M 5D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 404424 - MARIA BALTHAZAR TUPAN BEATRIZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/10/2024 11:10 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA

CD
ANALGESIA
REPOUSO
GELO
ORIENTAÇÕES
ATESTADO


JESSE BATISTA CORRÊA JUNIOR
CRM-PR: 39193



Atendimento:	8663815	Pedido:	3068361	Ac. Number:	3843312
Registro / Nome:	MARIA BALTHAZAR TUPAN BEATRIZ				
Data de Nascimento:	04/04/2016	Idade:	8 anos, 6 meses e 4 dias	Sexo:	F
Pedido do Exame:	08/10/2024 12:36:00	Laudado: 17/10/2024 13:41:18			
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	JESSE BATISTA CORREA JUNIOR				

RX - TORNOZELO ESQUERDO

Estrutura óssea conservada.

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

CAIO HENRIQUE HASHIMOTO PUGLIESI

CRM- PR: 51237

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

Dados do Atendimento

Atendimento: 8663815 Data/Hora: 08/10/2024 11:10 Prioridade: Baixa
Paciente: 404424 - MARIA BALTHAZAR TUPAN BEATRIZ Sexo: F Nasc.: 04/04/2016 (8a 6m 5d)
Prestador: 4558 - JOYCE APARECIDA FERREIRA DE MELLO Especialidade: 36 - PEDIATRIA
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: MÃE REFERE ENTORSE EM TORNOZELO ESQUERDO HOJE.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: N
Alergias: PARACETAMOL

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 114 bpm Temperatura: 36,5 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Últ. Menstruação:	Fumante? Sim ☐ Não ☒
Nº de Partos:	Dor? Sim ☐ Não ☒
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
Cidade:	UF: Hospital: VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: SPO2: 97 %
PESO: 46 KG
ESCALA DE DOR: 04

MED CONT: N
MED HOJE: N

MED TRIAGEM: N