

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Gabriella Bomfim Cunha
Nº da Carteirinha: 11.4.100529
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 06/02/2003

Nº da Guia: 22254

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
19/10/2024	12:00:00	Refeitório	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Pé Direito

Descrição

Aluna interna no refeitório no horário de almoço, refere bater o 5º dedo do pé D em estrutura da mesa. Refere algia no local, apresenta equimose interfalangeal e discreto edema e dificuldade movimentar o dedo. Aplicado gelo e orientado sobre cuidados na lesão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Murilo Fraga	44 99709288

Quem prestou primeiros socorros	Data
Carol Halles	20/10/2024

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

Encaminhado para avaliação ortopédica em HBSM via AMA.

Ass.:

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

Gilberto Junior

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 22254

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Arquivado para Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número da Carteira

GABRIELLA BOMFIM CUNHA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RH

N

13 - Código da Operação
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
JESSE BATISTA CORREA JUNIOR

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

06

39193

18 - UF

41 225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

ORA 39193

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

21/10/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

Consultar em pronto socorro

27 - Q1 Solic

28 - Q1 Atend

1

0

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9385230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hs Inicial

38 - Hs Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1a

43 - Via

44 - T1a

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Tipo Real

49 - Gr. Part

50 - Código na Operadora/CNP

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data da Realização do 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 Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura Beneficiário ou Responsável

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 Contratado

77 - Assinatura do Contratado

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 Contratado

87 - Assinatura do Contratado

88 - Assinatura do Contratado

89 - Assinatura do Contratado

90 - Assinatura do Contratado



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

2 - Nº Guia no Prestador: 8686189

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

5 - Data Validade da Sessão

7 - Número da Guia Attribuído pelo Operadora

12 - Atendimento a PN
N

4 - Data de Autorização

5 - Nome da Carteira
114100529

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
GABRIELLA BOMFIM CUNHA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
JESSE BATISTA CORREA JUNIOR

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
39193

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
JESSE BATISTA CORREA JUNIOR

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
21/10/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
40804037

26 - Descrição
RX - Pe ou pododactilio

27 - Qx Solic.
1

28 - Qx Autoriz.
0

Dados do Contratado Beneficiário

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CHES
9366230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Acleridade (Acidente ou doença relapsante)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
37 - Hr. Inicial
38 - Hr. Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via
44 - Tec.

45 - % Real / Aceite
46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação sobre Profissional Beneficiário
48 - Seq. Rol
49 - Gr. Part
50 - Código na operação
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 - Total de Realização em Série

59 - Total de Realização em Série

60 - Total de Realização em Série

61 - Observação / Justificativa

62 - Total de Realização em Série

63 - Total de Realização em Série

64 - Total de Realização em Série

65 - Total de Realização em Série

66 - Total de Realização em Série

67 - Assinatura do Contratado

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Contratado

PRESCRIÇÃO.: 8796349 DATA: 21/10/2024 08:15
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8686189 DT NASC: 06/02/2003 (21A 8M 15D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 646112 - GABRIELLA BOMFIM CUNHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/10/2024 07:53 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: JESSE BATISTA CORREA JUNIOR SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE VEM EM CONSULTA COM QUEIXA DE DOR EM 5º PDD APÓS TRAUMA HÁ 2 DIAS

EFO
PELE INTEGRAL
EQUIMOSE EM 5º PDD
DOR A PALPAÇÃO

PT
RX
REAVALIO

8686189

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1						
Justificativa.: trauma							
Obs.: direito							

EXAME REALIZADO
DATA ____
PES. RADIOLOGIA:

VISITA HOSPITALAR

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

CRM 39193
JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193



Atendimento:	8686189	Pedido:	3076439	Ac. Number:	3853343
Registro / Nome:	GABRIELLA BOMFIM CUNHA				
Data de Nascimento:	06/02/2003	Idade:	21 anos, 8 meses e 15 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	21/10/2024 08:16:00			Laudado:	22/10/2024 08:18:24
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	JESSE BATISTA CORREA JUNIOR				

RX - PÉ DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8796429 DATA: 21/10/2024 08:35
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8686189 DT NASC: 06/02/2003 (21A 8M 15D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAF
PACIENTE....: 646112 - GABRIELLA BOMFIM CUNHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 21/10/2024 07:53 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

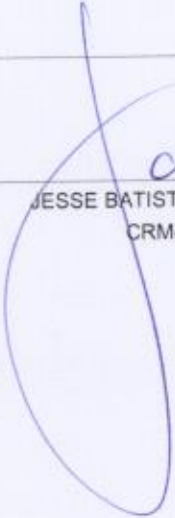
Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: JESSE BATISTA CORREA JUNIOR SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

PT
ANALGESIA
ATESTADO
ORIENTAÇÕES GERAIS


JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8686189 Prontuário: 646112 SAME: Hora Atend: 07:53 Data Atend:21/10/2024
Paciente..... : GABRIELLA BOMFIM CUNHA Idade: 21 a
Endereço..... : GLEBA PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP Plano...: COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 21/10/2024 Hora Saída : 08:35

Prestador da Evolução Médica:

JESSE BATISTA CORREA JUNIOR



GABRIELLA BOWFIM CUNHA
Social:
Matr: RJ01NEIA BOWFIM SMIF
Dt. Nasc: 08/02/2003 Dt. 21/10/2024
Prof: 64811578 / COLEGIO BOVENIT
INST. BOVENIT
0008686189 CA: 114100528

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 gaze 7,5 x 7,5 (setor) - un		Luva esteril nº		Sonda Aspiração nº	
Agulha descartável 25 x 7		Compr. de gaze tipo queijo (45cm)		Esterisofix 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		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		Clorexidine Degermante _____ 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			
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

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

9:00 OPA Consultar, realizado Kx, opa realizado
depois de isto

VENTILAÇÃO MECÂNICA: Início: _____ Fim: _____
Oxigênio: Início: _____ Fim: _____
MONITORIZAÇÃO CARDÍACA: Início: _____ Fim: _____

HORA PA P T R SAT DOR



Dados do Atendimento

Atendimento:	8686189	Data/Hora:	21/10/2024 07:53	Prioridade:	Baixa
Paciente:	646112 - GABRIELLA BOMFIM CUNHA	Sexo:	F	Nasc.:	06/02/2003 (21a 8m 15d)
Prestador:	7588 - JESSE BATISTA CORREA JUNIOR	Especialidade:	33 - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		
Origem:	97 - PRONTO SOCORRO HBSM	Serviço:	29 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		

Clinica

Admissão

Primeiro atendimento?	Sim ☐ Não ☒	Retorno com a mesma queixa?	Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: TRAUMA EM MID SABADO, 5° FALANGE DISTAL			

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT° 98 R° 18

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 120 x 80 mmHG Pulso: 78 bpm Temperatura: 36,6 °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: