

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Miguel Cardoso da Rocha
Nº da Carteirinha: 11.1.12654
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 04/09/2010

Nº da Guia: 23105

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/11/2024	14:26:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Direita, 1º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluno relata que estava no intervalo quando durante o jogo de vôlei foi recepcionar a bola e o colega chutou o seu dedo. Apresenta edema e dificuldade para movimentar o membro. Refere algia no local. Aplicado gelo terapia.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto	(51) 8270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Samanta	12/11/2024

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.

Ass.: Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715733
Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

Dr. Luon Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR: 31.517 / TEOT 15-07

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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 431

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0	3 - Nr. Guia Principal
-----------------------	------------------------

4 - Data de Autorização	5 - Setor	6 - Data Validade da Serviço	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora
-------------------------	-----------	------------------------------	---

Dados do Beneficiário	8 - Número da Carteira 11112654	9 - Validade da Carteira 01/01/2032	10 - Nome MIGUEL CARDOSO DA ROCHA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde N	12 - Atribuído a RH
-----------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	--	---------------------

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 06	17 - Número no Conselho 28684	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
----------------------	--	---	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados	21 - Calendar do Atendimento 12/11/2024	22 - Data da Solicitação 12/11/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 1 22	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Ql. Solic. 1	28 - Ql. Autoriz. 0
--	--	--	------------------------	---------------------	--	--	----------------------	------------------------

Dados do Contratado Especialista	29 - Código na Operadora 238763040001	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MAR	31 - Código CNES 9365230
----------------------------------	--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento	32 - Tipo Atendimento relacionado	33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
----------------------	--------------------------------------	---	-----------------------	--

Dados das Execuções / Procedimentos e Exames Realizados	36 - Data 37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qlta.	43 - Via	44 - T6c.	45 - % Real / Aprec.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	-------------------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------	------------	----------	-----------	----------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Especialista(s)	48 - Seq. Ref.	49 - Cui. Part.	50 - Código na operacional/CPF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
--	----------------	-----------------	--------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Assinatura	59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total Taxas de Material (R\$)	62 - Total de OPMs (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Médicos (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--	--	------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado
---	--	-------------------------------



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

2 - Nº Guia no Prestador 8729882

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Vistoria da Série

7 - Número da Guia Abduz. pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Unidade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RH
N

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data de Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Taxa

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Q1 Solic. 28 - Q1 Admtr.

1 22 4080120 9X - Mão ou quirodactilo
2 22 30722420 Fraturas e/ou luxações de falanges (interfalanges) - redução imcrue
3 22 30712092 Luva

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNEB

32 - Código CNEB

33 - Tipo de Atendimento

34 - Indicação de Acesso (acidente ou doença preexistente)

35 - Tipo de Consulta

36 - Motivo da Encaminhamento do Atendimento

37 - Data

38 - Hora Inicial

39 - Hora Final

40 - Taxa

41 - Descrição

42 - CDM 43 - Via

44 - Taxa

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

47 - Valor Total (R\$)

Identificação (do(a) Profissional/ Paciente)

48 - Dt. Part

49 - Código na Operadora/CPH

50 - Nome do Profissional

51 - Conselho Profissional

52 - Número no Conselho

53 - UF

54 - Código CBO

55 - Data de Realização do Procedimento em Série 56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15- 16- 17- 18- 19- 20- 21- 22- 23- 24- 25- 26- 27- 28- 29- 30- 31- 32- 33- 34- 35- 36- 37- 38- 39- 40- 41- 42- 43- 44- 45- 46- 47- 48- 49- 50- 51- 52- 53- 54- 55- 56- 57- 58- 59- 60- 61- 62- 63- 64- 65- 66- 67- 68- 69- 70- 71- 72- 73- 74- 75- 76- 77- 78- 79- 80- 81- 82- 83- 84- 85- 86- 87- 88- 89- 90- 91- 92- 93- 94- 95- 96- 97- 98- 99- 00

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Análises (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de CPHs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CÍ SILVA

Data: 13/11/2024 08:09:01

Consultado: 8729882

Atendimento: 8729882

Contrato: INDI ADVENTISTA-LAP

8729882

PREScrição.: 8853059 DATA: 12/11/2024 19:38
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8729882 DT NASC: 04/09/2010 (14A 2M 10D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 648542 - MIGUEL CARDOSO DA ROCHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/11/2024 18:02 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX COM FRATURA DE FALANGE PROXIMAL POLEGAR DIREITO - SEM DESVIO

CD
ORIENTAÇÕES
IMOBILIZAÇÃO GESSADA
ANALGESIA
RETORNO AMBULATORIAL PARA ACOMPANHAMENTO

8729882

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 FRATURA DE FALANGE DE MAO - TRAT CONSERVADOR	1					[12/11]	19:38
4 GESSO LUVA	1					[12/11]	19:38

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR: 31.517-7

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517

PRESCRIÇÃO.: 8853017 DATA: 12/11/2024 19:08
USUÁRIO.....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8729882 DT NASC: 04/09/2010 (14A 2M 9D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 648542 - MIGUEL CARDOSO DA ROCHA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/11/2024 18:02 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA MÃO DIREITA
DOR REGIÃO DE POLEGAR DIREITO

ADM COMPLETA POREM DOLOROSA
NEUROVASCULAR OK
EQUIMOSE LOCAL
PELE INTEGRÁ

CD;
- RX

8729882

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						
Justificativa.: dir							

VISITA HOSPITALAR

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

RX

EXAME REALIZADO

DATA / /

HORÁRIO: :

TÉCNICO

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR: 31.517 / TEOT 15107

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517



Atendimento:	8729882	Pedido:	3091992	Ac. Number:	3872812
Registro / Nome:	MIGUEL CARDOSO DA ROCHA				
Data de Nascimento:	04/09/2010	Idade:	14 anos, 2 meses e 7 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	12/11/2024 19:09:00			Laudado:	13/11/2024 10:14:18
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	LUAN CELSO GONCALVES R				

RX - MÃO DIREITA (AP/OBLÍQUA)

Fratura em falange proximal de polegar direito, sem desvio.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
ADMISSÃO SALA DE EMERGÊNCIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente Miguel cardoso Data de Nascimento 04/10/1980

Convênio _____ Atendimento _____ Data do Atendimento 12/11/24

Origem ☐ SIATE ☐ SAMU ☐ HUMANA ☒ PROCURA ESPONTÂNEA ☐ OUTROS _____

Tipo de Ocorrência
☐ TRAUMA ☐ AGRESSÃO ☐ QUEDA
☐ CLÍNICO ☐ FAB ☐ QUEIMADURA
☒ ORTOPEDIA ☐ FAF ☐ AFOGAMENTO

Mecanismo
☐ ATROPELAMENTO ☐ AUTO X CAMINHÃO
☐ QUEDA MOTO ☐ AUTO X AUTO
☐ QUEDA BICICLETA ☐ OUTROS: _____
☐ AUTO X MOTO EJETADO ☐ SIM ☐ NÃO

NEUROLÓGICO	RESPIRATÓRIO	CIRCULATÓRIO	VIAS AÉREAS	PELE
☐ AUSENTE	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE	☒ LIVRE	☒ NORMAL
☒ CONSCIENTE	☒ EUPNEICO	☒ NORMOCARDICO	☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL	☐ PALIDEZ
☐ CONFUSO	☐ TAQUIPNEICO	☐ BRADICARDICO	☐ OBSTRUÇÃO TOTAL	☐ CIANOSE
☐ AGITADO	☐ BRADIPNEICO	☐ TAQUICARDICO	☐ EDEMA DE GLOTE	☐ ICTERÍCIA
☐ DESCONEXO	☐ ASSISTIDA			☐ QUENTE/SECA
☐ INCOMPREENSÍVEL				☐ FRIA/PEGAJOSA

DADOS VITAS

HORÁRIO: 19:00 PA: 100 x 70 BPM: 92 FR: 19 SPO2: 99 T°: 36,5 Glasgow _____



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Escala de Dor: _____

COMORBIDADES	ALERGIAS
☐ HAS ☐ DM ☐ CARDIOPATA	☒ NÃO ☐ SIM
☐ NEFROPATA ☐ HEPATOPATA ☐ OUTRAS	

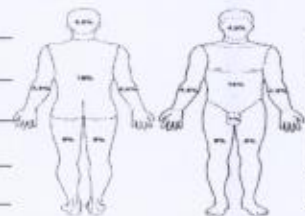
Qual(is) _____

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: Thayno Coren: 1781823

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
(Na autoclave de limpeza, preencher caixa 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 _____		PVP/ I degermante		Sonda Uretral nº _____
3	Atadura algodão ortopédica 10cm		Dreno de Torax nº _____		PVP/ I tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº
	Atadura algodão ortopédica 20cm		Eletrodo desc. de papel unidade		Clorexedina Alcodica _____ 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/lag3ml		Tala de Alumínio P () M () G ()
	Atadura gessada 20cm		Escalpe nº		Seringa Descartável s/lag5ml		Cateter Tipo óculos
	Bolsa de colostomia descartável		Fio Catgut simples nº _____		Seringa Descartável s/lag10ml		Xylocaina gel
	Cadafço – 100cm		Fio Monorion nº _____		Seringa Descartável s/lag20ml		
	Canula end. S/balão nº		Lâmina de bisturi nº _____		Seringa Descartável s/lag60 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 proveniente do PA desta instituição. Relatando trauma em mão ⑤. Realizado RX + imobilização gessada pela ortopedica. Alta após. _____