

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: William da Vitória Lemes
Nº da Carteirinha: 11.4.81342
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 10/01/2005

Nº da Guia: 23307



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/11/2024	21:00:00	Quadra	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Ombro Esquerdo

Descrição

Aluno em atividade em quadra poliesportiva refere ter tropeçado e caído sobre o ombro E. SIC apresenta sinais de luxação no ombro E.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Giuliany	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Equipe complexo esportivo/preceptoria	20/11/2024

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

Documento assinado digitalmente
gov.br GILBERTO GUINAR FORTES MIRANDA JUNIOR
Data: 20/11/2024 21:56:43-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ass.: _____

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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 23307

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série
23307

6 - Data Validada da Série

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

WILLIAM DA VITORIA LEMES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Apendimento a RN
N

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

23055

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cuidar do Apendimento

2

22 - Data da Solicitação

20/11/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Anestésico

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qx Solic.

1

28 - Qx Autoriz.

0

29 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CHES

9365230

32 - Tipo Apendimento

33 - Indicação de Apendimento (incidente ou divergência)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Apendimento

36 - Data

37 - H. Inicial

38 - H. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qx Solic.

43 - Via

44 - Taxa

45 - % Real / Anest.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Real

49 - Qx Part.

50 - Código na operadora/CPF

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 - Assinatura do Responsável pela Autorização

59 - Data da Realização do Procedimento em Série

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Responsável pela Autorização

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Responsável pela Autorização

64 - Assinatura do Responsável pela Autorização

65 - Assinatura do Responsável pela Autorização

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: HOSPERIMA

Operadora: 20112024-22-11-47

Contato: 0741330

Atendimento: 0741330

Gratuito: INST ADVENTISTA/ADP

8741330



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

2 - Nº Guia no Prestador 8741330

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

111111

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

WILLIAM DA VITORIA LEMES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Aderimento a PDI

N

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

23055

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

23055

21 - Cartão do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

20/11/2024

23 - Indicação Clínica

Consultar em pronto socorro

24 - Tabela
1 22
ou Item Anamnese
10101039

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

Consultar em pronto socorro

27 - Qx Sane

1

28 - Qx Anest.

0

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contrato

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CBOES

9365230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento

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

42 - Qx Sane 43 - Vix 44 - Tbc

45 - % Riel / Anest. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Assinatura do(a) Profissional Solicitante

48 - Seq. Ref. 49 - Qx Part 50 - Código na operadora/CPE 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 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ICDT ERMES, S/A

Qualifica: 2011/2024 21:52:51

Contat: 081 8741330

Atendimento: 8741330

Contrato: INST ADVERTITIAL/SP

8741330



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

2 - Nº Guia no Prestador 23307

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autocção

6 - Data Validade da Sentença

7 - Nome do Guia Attribuído pelo Operador

8 - Nome do Operador

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Aferimento a RNI

N

Dados do Beneficiário

13 - Código de Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número do Conselho

23055

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exame Realizado

21 - Código de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Anestesiológico

26 - Descrição

1 22 40803074 72999993

RX - Articulacao escapuloomerital (ombro)
MEDICAMENTOS

27 - Qx Solic

28 - Qx Autoriz

1

0

Dados do Contratado Estabelecimento

29 - Código na Classificação

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

31 - Tipo de Atendimento

32 - Indicação de Atendimento (Acidente ou doença relacionada)

33 - Tipo de Consulta

34 - Número do Encaminhamento do Atendimento

35 - Código CBO

9365230

Dados da Exatidão / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qx Solic

43 - Qx Autoriz

44 - Tabela

45 - % Real / Aceite

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Assinatura do(a) Profissional Encarregado(a)

48 - Sig. Ref

49 - Cr. Part

50 - Código na Operadora/CRM

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Data

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 - Observações / Justificativa

59 - Total Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Auspícios (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de Cirurgia (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Outras Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ISAC/S.V.A.

Data: 20/11/2024 08:57:13

Código: 8741330

Atendimento: 8741330

Contato: RNT ADVERTIS/SA-AP

8741330



Atendimento:	8741330	Pedido:	3096616	Ac. Number:	3878642
Registro / Nome:	WILLIAM DA VITORIA LEMES				
Data de Nascimento:	10/01/2005	Idade:	19 anos, 10 meses e 9 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	20/11/2024 21:54:00			Laudado:	25/11/2024
					14:00:37
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO				

RX - OMBRO ESQUERDO

- 1- Estruturas ósseas íntegras.
- 2- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8871813 DATA: 20/11/2024 21:52
USUÁRIO....: LOCAMPELO
ATENDIMENTO: 8741330 DT NASC: 10/01/2005 (19A 10M 11D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 649276 - WILLIAM DA VITORIA LEMES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/11/2024 21:51 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM TRAUMA EM OMBRO ESQ HOJE JOGANDO FUTEBOL

EFO
SINAL DA DRAGONA
INCAPACIDADE FUNCIONAL

REALIZADA MANOBRA DE REDUÇÃO

ANALGESIA
RX POS
REAVALIO

8741330

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP OMBRO (ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL)	1					
Justificativa.: AP VERDADEIRO + PERFIL ESCAPULAR ESQ						

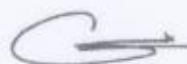
MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. TRAMAL 100MG 2ML INJ (MPP)	1	AMPOLA		EV	AGORA	[20/11] . 21:53
Justificativa.: MPP						
-> SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML SISTEMA FECHADO						
	1	FRASCO				
3 C.C. PLAMET 10MG/2ML, AMP 2ML, (EV, IM)	1	AMPOLA		EV	AGORA	[20/11] . 21:54
-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ						
	1	AMPOLA				

VISITA HOSPITALAR

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

RX
EXAME REALIZADO
DATA: / /
HORÁRIO: :
TÉCNICO:



LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO
CRM-PR: 23055

PRESCRIÇÃO.: 8871841 DATA: 20/11/2024 22:25
USUÁRIO....: LOCAMPELO
ATENDIMENTO: 8741330 DT NASC: 10/01/2005 (19A 10M 11D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 649276 - WILLIAM DA VITORIA LEMES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/11/2024 21:51 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

pos redução
rx de controle com adequada redução

orientações
aine
alta



LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO
CRM-PR: 23055

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
ADMISSÃO SALA DE EMERGÊNCIA

WILLIAM DA VITORIA LEMES
Social:
Mãe: CARLA APARECIDA DA VITORIA
Dt. Nasc: 10/01/2005 Sh: M
Pront: 549276 Dt: 20/11/2024
INST. ADVENTISTA / COLEGIO ADVENTI

DO PACIENTE



0008741330 Co: 111111

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

☐ AUTO X CAMINHÃO

☐ QUEDA MOTO

☐ AUTO X AUTO

☐ QUEDA BICICLETA

☐ OUTROS:

☐ AUTO X MOTO

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: 21:50

PA:

BPM:

FR:

SPO2:

T°:

Glasgow



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Escala de Dor:

COMORBIDADES

☐ HAS

☐ DM

☐ CARDIOPATA

☐ NEFROPATA

☐ HEPATOPATA

☐ OUTRAS

ALERGIAS

☒ NÃO

☐ SIM

Qual(is)

PRINCIPAIS LESÕES

☐ ESCORIAÇÃO

☐ CONTUSÃO

☐ LACERAÇÃO

☐ LUXAÇÃO

☐ FRAT.FECHADA

☐ FRAT.EXPOSTA

☐ F.C.C

LOCAL:

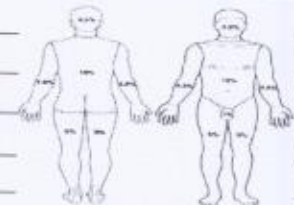
QUEIMADOS

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

() ELÉTRICA

() BIOLÓGICA

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



☐ Internação

☒ Alta

☐ Óbito

☐ Contra referência

Responsável:

Coren:

1787823

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
(Ser autêntica em qualquer procedimento de identificação)

TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome:

DN:

Atendimento:

Data:

Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material	Quant.	Material
1	Abocath nº 32	Compr. de gase 7,5 x 7,5 (setor) - um	Luva estéril nº		Sonda Aspiração nº		
	Agulha descartável 25 x 7	Compr. de gase tipo queijo (45cm)	Estensolix 20 cm		Sonda Foley 2 vias nº		
1	Agulha descartável 40 x 12	Comp. Cirúrgica estéril	Poliñix Padrão		Sonda Foley 3 vias nº		
	Agulha descartável 13x 4,5	Cateter Central	PVP/1 degermante		Sonda Uretral nº		
	Atadura algodão ortopédica 10cm	Dreno de Torax nº	PVP/1 tóxico		Sonda Nasogástrica longa nº		
	Atadura algodão ortopédica 20cm	Eletrodo desc. de papel unidade	Clorexidina Alcoólica ml		Sonda Nasoenteral		
	Atadura crepom 10cm	Equipo Maquitos	Clorexidina Aquosa ml		Bolsa Coletora Sistema Fechado		
	Atadura crepom 20cm	Equipo Bomba Infusão (BIC)	Seringa descartável s/ag3ml		Coletor Sistema Aberto		
	Atadura gessada 10cm	Equipo BIC Foto	Seringa descartável s/ag5ml		Tala de Alumínio P () M () G ()		
	Atadura gessada 20cm	Escalpe nº	Seringa Descartável s/ag5ml		Cateter Tipo Doulos		
	Bolsa de colostomia descartável	Fio Catgut simples nº	Seringa Descartável s/ag10ml		Xylocaina gel		
	Cadafio - 100cm	Fio Mononylon nº	Seringa Descartável s/ag20ml		Fixador Sonda Naso		
	Cânula end. S/balão nº	Lâmina de bisturi nº	Seringa Descartável s/ag50 ml		Fixador de Tubo endotraqueal		
	Malha Tubular nº cm	Lâmina pl tricotomia	Seringa Insulina		AB 10 mm		

GASES E MONITORIZAÇÃO

Ventilação Mecânica: Início: : Fim: :

Oxigênio: Início: : Fim: :

Monitorização Cardíaca: Início: : Fim: :

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA PA P T R SAT DOR MEWS

Paciente procura atendimento relatando trauma em ombro em jogo de futebol. Estável, realizando RX, encaminhado HSB com gelo 2x3, McPM, alta após pH ortopédico. Treina.