

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Mateus Cagnam de Castro
Nº da Carteira: 11.1.13202
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 21/12/2012

Nº da Guia: 23346

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
21/11/2024	10:00:00	Piscina	Aula de educação física

O que aconteceu

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

Partes do corpo

1º Dedo Mão Direita

Descrição

Monitor relata que aluno estava em aula na piscina, quando o mesmo foi trocar de roupa e bateu o 5º dedo da mão direita na pia do banheiro. Apresenta edema e pouca mobilidade. Relata dor intensa. Aplicado gelo terapia.

Testemunha da ocorrência

Kamila Vendler

Telefone

(48) 99904-2938

Quem prestou primeiros socorros

Samanta

Data

21/11/2024

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 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 / cuntiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 23346

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Série
6 - Data Válida da Série	7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Nome do Beneficiário MATEUS CAGNAM DE CASTRO	9 - Valor da Consulta	10 - Nome MATEUS CAGNAM DE CASTRO	11 - Número da Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
---	-----------------------	--------------------------------------	---	----------------------------

13 - Código de 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	17 - Número no Conselho 39.294	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante <i>CRM 23055</i>
--	---	---	----------------------------------	-----------------------------------	---------------	---------------------------	---

21 - Cuidado do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 22/11/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 1010139	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qx Solic. 1	28 - Qx Autoriz. 0
----------------------------------	--	------------------------	------------------	---	--	---------------------	-----------------------

29 - Nome do Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230
--	---	-----------------------------

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Atendimento (Saber se ou divergir)	34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo da Encaminhamento ou Atendimento	36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição	42 - Cidr. 43 - Via 44 - TCS 45 - % Real / Anexo 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
---	---	---	--

48 - Seq. Ref 49 - G1: Part 50 - Código na Inveniente/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO
--	---

56 - Data de Realização da Procedimento em Sore 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa
---	---------------------------------

59 - Total Procedimento (R\$) 60 - Total de Taxas e Anúncios (R\$) 61 - Total Taxas do Material (R\$) 62 - Total de CPME (R\$) 63 - Total do Medicamento (R\$) 64 - Total Carga Medicinas (R\$) 65 - Total Gm (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pelo Autorizado 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado	69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 70 - Assinatura do Contratado
---	---

8743950



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

2 - Nº Guia no Prestador **8743950**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANB
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autenticação

5 - Sorteio

6 - Data Validade da Sorteio

7 - Número da Guia Aberto pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MATEUS CAGNAM DE CASTRO

11 - Número da Carteira Nacional de Saúde

12 - Abastecimento a RN
N

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

17 - Número no Conselho

39.294

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

[Assinatura] 23055

21 - Caracter do Atendimento

23/11/2024

22 - Indicação Clínica

23 - Taboia

1 22 40803120

2 22 30722446

24 - Descrição

RX - Mão ou quadrado de RX

Fraturas w/ou luxações de metacarpianos - redução imediata

27 - QI Solto

1

0

28 - QI Alarga

1

0

29 - Código de Procedimento

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNEIS

9365230

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação do Atendimento

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Lançamento do Atendimento

36 - Data

37 - Inicial

38 - Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - QI Solto

43 - QI Alarga

44 - Tm

45 - % Red / Acreto

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Soc. Prof.

49 - Gr. Prof.

50 - Carga 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 Sala

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total das Taxas e Auscultações (R\$)

61 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

62 - Total das Taxas de Medicamentos (R\$)

63 - Total das Taxas de Medicamentos (R\$)

64 - Total das Taxas de Medicamentos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

8743950

PRESCRIÇÃO.: 8875241 DATA: 22/11/2024 09:00
USUÁRIO.....: LOCAMPELO
ATENDIMENTO: 8743950 DT NASC: 21/12/2012 (11A 11M 2D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 649435 - MATEUS CAGNAM DE CASTRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/11/2024 08:17 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

PACIENTE REFERE TRAUMA EM POLEGAR DIREITO HÁ 1 DIA

EFO
PELE INTEGRAL
EDEMA DISCRETO
ADM LIMITADA A DOR
DOR A PALPAÇÃO EM METACARPOFALANGIANA DE POLEGAR DIREITO

PT
RX
REAVALIO

8743950

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1					
Justificativa.: TRAUMA						
Obs.: DIREITA - AP + P POLEGAR						

VISITA HOSPITALAR

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



LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO
CRM-PR: 23055

PRESCRIÇÃO.: 8875349 DATA: 22/11/2024 09:25
USUÁRIO.....: LOCAMPELO
ATENDIMENTO: 8743950 DT NASC: 21/12/2012 (11A 11M 2D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 649435 - MATEUS CAGNAM DE CASTRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 22/11/2024 08:17 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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 COM EVIDÊNCIA DE FRATURA SEM DESVIO EM PRIMEIRO METACARPO

PT
IMOBILIZAÇÃO
ANALGESIA
ATESTADO
RETORNO AMBULATORIAL EM 1 SEMANA
ORIENTAÇÕES GERAIS
A DISPOSIÇÃO

8743950

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 MAO, FRATURAS/LUXACOES DE METACARPIANOS - INCRUENT	1					[22/11] . 09:25

LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO
CRM-PR: 23055

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8743950 **Prontuário:** 649435 **SAME:** **Hora Atend:** 08:17 **Data Atend:**22/11/2024
Paciente..... : MATEUS CAGNAM DE CASTRO **Idade:** 11 a
Endereço..... : RUA SANTO MENOTI NETO
Bairro..... :
Cidade..... : FLORESTA **UF..:** PR **CEP:** 87120000
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFEF
CID Principal..... : S622 - FRATURA DO PRIMEIRO METACARPIANO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 22/11/2024 **Hora Saída :**09:23

Prestador da Evolução Médica: **PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO**



Atendimento:	8743950	Pedido:	3097722	Ac. Number:	3880042
Registro / Nome:	MATEUS CAGNAM DE CASTRO				
Data de Nascimento:	21/12/2012	Idade:	11 anos, 11 meses e 1 dia	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	22/11/2024 09:01:00			Laudado:	25/11/2024
					13:49:31
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO				

RX - MÃO DIREITO.

1- Estruturas ósseas íntegras.

2- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGEKAZU YONEKURA

CRM- PR: 4608