AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Carlos Manoel Ribeiro de Castro
Nº da Carteirinha: 11.1.9123
Instituição: IAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 17/08/2005 **Nº da Guia:** 5797

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/04/2022	16:30:00	Pátio	Atividades esportivas fora de aula

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

Descrição

Aluno interno sofre trauma em queda de bicicleta. Refere algia em região úmero-clavicular Direita. Movimenta o membro com dificuldade e refere algia no local. Apresenta discreto edema e escoriações leves. Aplicado gelo pela equipe da enfermaria e segue em observação.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto Júnior	51982703529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Célia e equipe	15/04/2022

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3220-6000

Observações

Após observação por 24h, refere que persiste a algia no local. Reavalio e encaminho para avaliação médica.

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

Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
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 **5797**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
00000000		CARLOS MANOEL RIBEIRO DE CASTRO		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTAO GUILHERME FOGACA DE SOUZA	6	45532	41	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	15/04/2022	

24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic	28 - Qt.Autoriz.
22	10101039	Consulta em pronto socorro	1	0

Dados do Contratado Executante

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

Dados de Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	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 - Qtde	43 - Via	44 - Téc.	45 - % Red / Acresc.	46 - Valor Unitário (R$)	47 - Valor Total (R$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

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

55 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| 3 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| 5 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| 7 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| 9 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

2- |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| 4 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| 6 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| 8 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| 10 - |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

56 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total Taxas de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	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: MTVOLPATO Data/Hora: 15/04/2022 22:38:33 Carta/Lote: 7025776 Atendimento: 7025776 Convênio: INST ADVENTISTA-IAP

7025776

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

2 - Nº Guia no Prestador **7025776**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS	3 - Nr. Guia Principal
000000	5797

4 - Data de Autorização	6 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN
00000000		CARLOS MANOEL RIBEIRO DE CASTRO		N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional	17 - Número no Conselho	18 - UF	19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
PLANTAO GUILHERME FOGACA DE SOUZA	6	45532	41	225125	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	15/04/2022	

	24 - Tabela	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qt.Solic.	28 - Qt Autoriz.
1	22	40803058	RX - Omoplata ou escapula	2	0
2	22	40803066	RX - Articulacao acromioclavicular	1	0

Dados do Contratado Executante

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

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hr.Inicial	38 - Hr.Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtde.	43 - Via	44 - Téc	45 -% Red / Acresc.	46 -Valor Unitário (R$)	47 -Valor Total (R$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

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

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

1- __/__/__ 3- __/__/__ 5- __/__/__ 7- __/__/__ 9- __/__/__

2- __/__/__ 4- __/__/__ 6- __/__/__ 8- __/__/__ 10- __/__/__

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R$)	61 - Total Taxas de Materiais (R$)	62 - Total de OPME (R$)	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: CFSILVA Data/Hora: 15/04/2022 23:54:48 Conta/Lote: 7025776 Atendimento 7025776 Convênio: INST ADVENTISTA-IAP

7025776

Atendimento:	7025776	Pedido: 2490170	Ac. Number: 3109571
Registro / Nome:	CARLOS MANOEL RIBEIRO DE CASTRO		
Data de Nascimento:	17/08/2005 00:00:00	Idade: 16 anos, 7 meses e 27 dias	Sexo: M
Pedido do Exame:	15/04/2022 23:26:00		Laudado: 18/04/2022 10:11:20
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP		
Médico Solicitante:	IVAN SANTINI SILVA		

RX - OMBRO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.

- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

Atendimento:	7025776	Pedido: 2490170	Ac. Number: 3109570
Registro / Nome:	CARLOS MANOEL RIBEIRO DE CASTRO		
Data de Nascimento:	17/08/2005 00:00:00	Idade: 16 anos, 7 meses e 27 dias	Sexo: M
Pedido do Exame:	15/04/2022 23:26:00		Laudado: 18/04/2022 10:11:18
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP		
Médico Solicitante:	IVAN SANTINI SILVA		

RX - CLAVÍCULA BILATERAL

- Estruturas ósseas íntegras.

- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

Atendimento:	7025776	Pedido: 2490170	Ac. Number: 3109572
Registro / Nome:	CARLOS MANOEL RIBEIRO DE CASTRO		
Data de Nascimento:	17/08/2005 00:00:00	Idade: 16 anos, 7 meses e 27 dias	Sexo: M
Pedido do Exame:	15/04/2022 23:26:00		Laudado: 18/04/2022 10:11:22
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP		
Médico Solicitante:	IVAN SANTINI SILVA		

RX - OMBRO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.

- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

1ª VIA

PRESCRIÇÃO.: 6569430 DATA: 15/04/2022 23:22
USUÁRIO....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 7025776 DT NASC: 17/08/2005 (16A 7M 29D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 557744 - CARLOS MANOEL RIBEIRO DE CASTRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 15/04/2022 22:38 0 DIAS(S) INT

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: PLANTAO GUILHERME FOGAÇA DE SOUZA SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT..: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO..: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE BUSCA O SERVIÇO DEVIDO A QUEDA DO MESMO NIVEL,HA 24 HORAS, RELATA DOR MOERADA EM OMBRO DIREITO
EFO
PELE INTEGRA
DOR A PALPACAO EM REGIAO ACROMIO CLAVICULAR,
ADM LIMITADA PELA DOR
NEUROVASCULAR PRESERVADA

PT

RX OMBRO
ANALGESIA

7025776

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR **Justificativa.:** *TRAUMA* **Obs.:** *DIREITO*						
2 RX MEM SUP OMBRO (OMOPLATA OU OMBRO-FUNCIONAL) **Justificativa.:** *TRAUMA* **Obs.:** *AP+ZANCA BILATERAL EM PE OU SENTADO*	2					

EXAME REALIZADO
DATA
Simone Araujo
Técnico em Radiologia
CRTR 07077
TÉC. RADIOLOGIA

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

IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982

Dados do Atendimento

Atendimento: 7025776 **Data/Hora:** 15/04/2022 22:38 **Prioridade:** Alta
Paciente: 557744 - CARLOS MANOEL RIBEIRO DE CASTRO **Sexo:** M **Nasc.:** 17/08/2005 (16a 7m 29d)
Prestador: 5432 - PLANTAO GUILHERME FOGAÇA DE SOUZA **Especialidade:** 98 - CLINICO GERAL
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM **Serviço:** 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim [ ] Não [X] **Retorno com a mesma queixa?** Sim [ ] Não [X]
Queixa principal: REFERE QUEDA DE BICICLETA COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO HOJE

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT99%AA FR 18 DOR 05
Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: 138 x 78 mmHG **Pulso:** 66 bpm **Temperatura:** 36,2 ºC

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito
Menarca:
Últ. Menstruação:
Nº de Partos:
1º Congresso Sexual:
Higiene Bucal: Boa
Cidade:

Prótese Dentária? Sim [ ] Não [X]
Bebe Álcool? Sim [ ] Não [X]
Fumante? Sim [ ] Não [X]
Dor? Sim [ ] Não [X]
Câncer na Família? Sim [ ] Não [X]
Consultou o médico? Sim [ ] Não [X]
UF: **Hospital:** AMARELA

Outros

Tratamento? Sim [ ] Não [X] **Qual?**
Medicações:
Antecedentes Patológicos:
Histórico da Doença:
Observações:

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **63.187.778-2** 2 via DATA DE EXPEDIÇÃO 05/04/2019

NOME
CARLOS MANOEL RIBEIRO DE CASTRO

FILIAÇÃO
VÂNIA APARECIDA RIBEIRO DE CASTRO

NATURALIDADE
CAPÃO BONITO - SP

DATA DE NASCIMENTO
17/08/2005

DOC ORIGEM
SÃO PAULO-SP SAÚDE CN:LV.A582/FLS.204/N.397446

CPF
568403768/26

Mitiaki Yamamoto
Delegado de Polícia Divisionário IIRGD.SSP.SP
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83