

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

(ficha manual provisória)

Aluno: MARIA LUIZA PEREIRA DOS SANTOS
Nº da Carteirinha:
Instituição: FAP - ENSINO SUPERIOR



Data de Nascimento: 19/11/2004 Nº da Guia: Aguardar guia oficial

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/03/25	23:30	Ginásio	Evento "NOVIOS vs VETERANS"

O que aconteceu	Partes do corpo
TRAUMA	JOELHO ESQ

Descrição
ALUNA EM ATIVIDADE ESPORTIVA NO GINÁSIO. REFERE ESTAR PULANDO QUANDO SENTIU LUXAÇÃO PATELAR EM MIE. REFERE LESÃO PRÉVIA.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Guinard	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Guinard Júnior	08/03/25

Local de atendimento
HBSM - Hospital Bom Samaritano de Maringá SA Av. Independência, 31 - Zona 4 (44)3220-6000

Observações
APRESENTA SINAIS DE LUXAÇÃO PATELAR. REALIZOU IMOBILIZAÇÃO COM TALA.
PACIENTE NEGA AUTORIZAÇÃO PARA CORTAR CALEÇA.
:: Devido a erro no sistema, não foi possível gerar o número da guia. Assim que possível, será entregue ao HBSM a guia oficial com as informações corretas.

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

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 - Bigorriho - 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 8857979

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autorização

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
000000

10 - Nome
MARIA LUIZA PEREIRA DOS SANTOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento 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 - Caráter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
09/03/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - QI Solic.
1

28 - QI Autoriz.
0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNES
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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

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

42 - Qide 43 - Via 44 - Tec 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 64 - Código CBO

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

58 - Observação / Justificativa

0008857979
MARIA LUIZA PEREIRA DOS SANTOS
Sociedade RITE NÓBREGA PEREIRA S.A. F
Dt. Nasc. 19/11/2004 Dt. 09/03/2025
INST. ADVENTISTA / COLEGIO ADVENTI
0008857979

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total do CPIME (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: 09/03/2025 00:47:23

Contatado: 8857979

Atendimento: 8857979

Convênio: INST. ADVENTISTA-AP

8857979



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

2 - Nº Guia no Prestador 8857979

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal
4 - Data de Autorização	5 - Semha

6 - Data Validade da Semha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Numero da Carteira 000000	9 - Validade da Carteira	10 - Nome MARIA LUIZA PEREIRA DOS SANTOS
----------------------------------	--------------------------	---

11 - Numero da Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
---	----------------------------

Dados do Solicitante	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 - Numero no Conselho 23055
18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados	21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 10/03/2025	23 - Indicação Clínica
---	-----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 40804062	26 - Descrição RX - Patela
------------------	--	-------------------------------

27 - Qt Solic 1	28 - Qt Autoriz 0
--------------------	----------------------

Dados do Contratado Executante	29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 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 - Qtd	43 - Via	44 - Tec	45 - % Ref / Acresc	46 - Valor Unitario (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 - Numero no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO
----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimento em Serie	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
1 - L _ _ _ _ _	3 - L _ _ _ _ _	5 - L _ _ _ _ _	7 - L _ _ _ _ _	9 - L _ _ _ _ _
2 - L _ _ _ _ _	4 - L _ _ _ _ _	6 - L _ _ _ _ _	8 - L _ _ _ _ _	10 - L _ _ _ _ _

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 Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------

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



Atendimento:	8857979	Pedido:	3143870	Ac. Number:	3937866
Registro / Nome:	MARIA LUIZA PEREIRA DOS SANTOS				
Data de Nascimento:	19/11/2004	Idade:	20 anos, 3 meses e 20 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	09/03/2025 00:51:00			Laudado:	12/03/2025
				13:24:15	
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO				

RX - JOELHO ESQUERDO.

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

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 9049479 DATA: 09/03/2025 00:49
USUÁRIO....: LOCAMPELO
ATENDIMENTO: 8857979 DT NASC: 19/11/2004 (20A 3M 19D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 656298 - MARIA LUIZA PEREIRA DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/03/2025 00:46 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERE QUE ESTAVA REALIZANDO ATIVIDADE ESPORTIVA, ESTAVA PULANDO QUANDO SENTIU SUA
PATELA LUXAR (SIC), REFERE DOR E MOBILIDADE DE JOELHO ESQUERDO LIMITADA

CONDUTA INICIAL: SOLICITO RX
REAValiação APOS EXAME

8857979

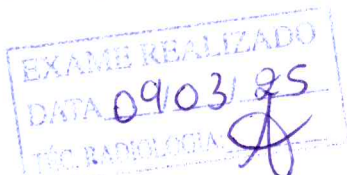
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF JOELHO OU ROTULA:A.P. - LAT. - AXIAL	1					
Justificativa.: AP + P / ESQ						

VISITA HOSPITALAR

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



LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO
CRM-PR: 23055

PRESCRIÇÃO.: 9049494 DATA: 09/03/2025 01:29
USUÁRIO....: LOCAMPELO
ATENDIMENTO: 8857979 DT NASC: 19/11/2004 (20A 3M 19D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 656298 - MARIA LUIZA PEREIRA DOS SANTOS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/03/2025 00:46 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

REAVALIO PACIENTE APOS RX
PACIENTE COM QUEIXA DE 2 QUADROS PREVIOS DE LUXAÇÃO DE PATELA COM REDUÇÃO INCRUENTA EXPONTÂNEA.
PACIENTE RELATOU QUE PATELA LUXOU E REDUZIU HOJE.

EXAME FISICO MIE: EDEMA 1+/4+ EM JOELHO ESQ, ADM DE JOELHO LIMITADA PELA DOR, NEUROVAS PRESERVADO,
TEC < 3 SEG

RX: SEM FRATURA ÓSSEA

CONDUTA: ANALGESIA

AINE

REPOUSO

GELO

TALA GESSADA

RETORNO AMBULATORIAL

ORIENTO E EXPLICO CASO A PACIENTE, A MESMA COMPREENDE
ALTA DA ORTOPEDIA



LUCIANO DE OLIVEIRA CAMPELO
CRM-PR: 23055

**TAXA DE SALA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Nome:

DNI

Atendimento:

Data:

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 _____	PVPi degemante	Sonda Uretral nº _____
Atadura algodão ortopédica 10cm	Dreno de Tórax nº _____	PVPi tóxico	Sonda Nasogástrica longa nº
Atadura algodão ortopédica 20cm	Eletrodo desc. de papel unidade	Clorexetina Alcolica _____ ml	Sonda Nasoentrel
Atadura crepom 10cm	Equipo Macrogotas	Clorexidine Degemante _____ 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
Cadargo - 100cm	Fio Mohnymon nº _____	Seringa Descartável s/lag20ml	
Cânula end. Sbalão nº	Lâmina de bisturi nº _____	Seringa Descartável s/lag60 ml	
Melha Tubular nº _____ cm	Lâmina pl tricotomia	Seringa Insulina	

Ventilação Mecânica: Início:

Film:

Oxigênio: inícto.

Firm:

Monitorização Cardíaca: Início:

Film

[illegible]