

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Carolina Casal Berribille
Nº da Carteira: 11.1.9196
Instituição: IAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 21/02/2008

Nº da Guia: 7365

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/08/2022	20:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Costas

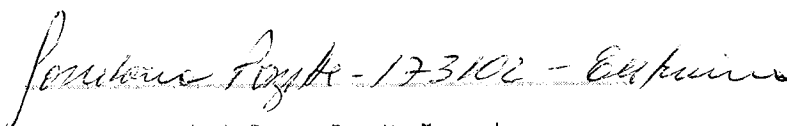
Descrição
A aluna relata que ontem a noite estava jogando e ao defender uma bola deu um mal jeito na coluna. Informa que já se automedicou com analgésico sem melhora da dor.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Isabele Manfred	(46) 99133-1605

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf Joserlania Pazette	18/08/2022

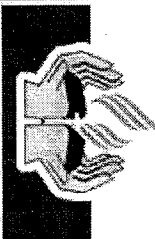
Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá	Av. Independência	93	Zona 04	(44) 3032-1818 (44) 3220-6166

Observações
Relata dor intensa na região lombar. Encaminha para avaliação médica e conduta.

Ass.: 
Joserlania 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 / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 7365

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

6 - Data Validade da Serinha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira
1119196

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ANA CAROLINA CASAL BERRIBILLE

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV
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
PLANTAO-JOHANN-MATTHEUS-G-GELHARDT

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
41925

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
18/08/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

ANA CAROLINA CASAL BERRIBILLE
Pront: 576638
Dt. Rend: 18/08/2022 SMO: F
D: REND: 18/08/2022 / COLEGIO RDVI
INST. ADVENTISTA-IMP / COLEGIO RDVI
PRONTO ATENDIMENTO HBSH
7276361 1119196

[Handwritten Signature]

Dados do Contratado Exceção
29 - Código na Operadora
23876304000112

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

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 Exceção / 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 - Tdc 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Exceção(s)
48 - Seq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Código na operador/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO

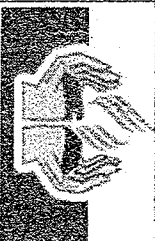
56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Taxas de Material (R\$) 62 - Total de OPM (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

7276361



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

2 - Nº Guia no Prestador 7365

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000 3 - Nr. Guia Principal 7365

4 - Data de Autorização 5 - Sanha

6 - Número da Carteira 119196 9 - Validade da Carteira 10 - Nome ANA CAROLINA CASAL BERRIBILE

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

15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO VINICIUS MARIO PENSO MONTEMEZZI 16 - Conselho Profissional 6

21 - Caráter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 18/08/2022 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - Qx Solic. 28 - Qx Autoriz.

1 20 90480112 BICERTO IV 1 0
2 20 90470800 NOVALGINA 1 0

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

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

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qx 43 - Vag 44 - Txc 45 - % Real / Autoriz. 46 - Valor Usado (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s) 48 - Seq. Ref. 49 - Cx. Part 50 - Código na operadora/CPE 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Nome no Contrato 54 - UF 54 - UF 54 - UF

55 - Data de Realização do Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58 - Data de Realização do Procedimento em Série 59 - Assinatura do Responsável

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Taxa de Consulta (R\$) 62 - Taxa de Exame (R\$) 63 - Taxa de Material (R\$) 64 - Taxa de Material (R\$) 65 - Taxa de Material (R\$) 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização 68 - Assinatura do Responsável pela Autorização 69 - Assinatura do Responsável pela Autorização 70 - Assinatura do Responsável pela Autorização 71 - Assinatura do Responsável pela Autorização 72 - Assinatura do Responsável pela Autorização 73 - Assinatura do Responsável pela Autorização 74 - Assinatura do Responsável pela Autorização 75 - Assinatura do Responsável pela Autorização 76 - Assinatura do Responsável pela Autorização 77 - Assinatura do Responsável pela Autorização 78 - Assinatura do Responsável pela Autorização 79 - Assinatura do Responsável pela Autorização 80 - Assinatura do Responsável pela Autorização 81 - Assinatura do Responsável pela Autorização 82 - Assinatura do Responsável pela Autorização 83 - Assinatura do Responsável pela Autorização 84 - Assinatura do Responsável pela Autorização 85 - Assinatura do Responsável pela Autorização 86 - Assinatura do Responsável pela Autorização 87 - Assinatura do Responsável pela Autorização 88 - Assinatura do Responsável pela Autorização 89 - Assinatura do Responsável pela Autorização 90 - Assinatura do Responsável pela Autorização 91 - Assinatura do Responsável pela Autorização 92 - Assinatura do Responsável pela Autorização 93 - Assinatura do Responsável pela Autorização 94 - Assinatura do Responsável pela Autorização 95 - Assinatura do Responsável pela Autorização 96 - Assinatura do Responsável pela Autorização 97 - Assinatura do Responsável pela Autorização 98 - Assinatura do Responsável pela Autorização 99 - Assinatura do Responsável pela Autorização 100 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: ARROCHA Data: 18/08/2022 22:37:23 Contato: 7276361 Atendimento: 7276361 Contato: INST. ADVENTISTA-SP Contato: INST. ADVENTISTA-SP

7276361

PRESCRIÇÃO.: 6895111 DATA: 18/08/2022 20:54
USUÁRIO....: PVMPMONTEMEZZO
ATENDIMENTO: 7276361 DT NASC: 21/02/2008 (14A 5M 27D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 576628 - ANA CAROLINA CASAL BERRIBILLE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/08/2022 19:13 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO VINICIUS MARIO PENSO MONTEMEZZO SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

7276361

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	NOVALGINA 1G 2ML INJ	1	AMPOLA		IM	AGORA	[18/08] . 20:55
2	BICERTO 100MG/100ML SOL INJ	1	BOLSA		EV	AGORA	[18/08] . 20:55

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

Dr. Vinicius Pensó
CRM-PR 43115

PLANTAO VINICIUS MARIO PENSO MONTEMEZZO
CRM-PR: 43115

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7276361 **Prontuário:** 576628 **SAME:** **Hora Atend:** 19:13 **Data Atend:** 18/08/2022
Paciente..... : ANA CAROLINA CASAL BERRIBILLE
Idade: 14 a
Endereço..... : IAP
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA **UF..:** PR **CEP:** 87130000
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP **Plano...:** COLEGIO ADVENTISTA ENFER
CID Principal..... : M549 - DORSALGIA NAO ESPECIFICADA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 18/08/2022 **Hora Saída :** 20:57

Prestador da Evolução Médica: 5682 **PLANTAO VINICIUS MARIO PENSO MONTEMEZZO**

HDA

ACOMPANHADA DE CUIDADORA LARISSA, PACIENTE RELATA DORSALGIA APÓS SALTO PARA ALCANÇAR BOLA EM JOGO DE VOLEIBOL, NEGA QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA, NEGA TRAUMA CONTUSO COM OUTRO JOGADOR, NEGA COMORBIDADES, ALÉRGICA A PENICILINA, RELATA HÉRNIA LOMBAR.

EXAME FÍSICO

BEG, LOTE, AAA, EUPNEICA, MUCOSAS CORADAS E HIDRATADAS
APRESENTA ALGIA A PALPAÇÃO DE REGIÃO LOMBAR, SEM CONTRATURAS APARENTES

DIAGNOSTICO

DORSALGIA MECÂNICA

DIAGNOSTICO - HISTORICO

DORSALGIA MECÂNICA

TRATAMENTO

SINTOMATICOS, ORIENTO PACIENTE, CONTRAINDICO ATIVIDADES FÍSICAS POR 15 DIAS, RECEITO SINTOMATICOS

Dr. Vinicius Pensó
MÉDICO
43.115

PLANTAO VINICIUS MARIO PENSO MONTEMEZZO / 43115
CLINICA GERAL

Dados do Atendimento

Atendimento: 7276361 **Data/Hora:** 18/08/2022 19:13 **Prioridade:** Baixa
Paciente: 576628 - ANA CAROLINA CASAL BERRIBILLE **Sexo:** F **Nasc.:** 21/02/2008 (14a 5m 27d)
Prestador: 5269 - PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT **Especialidade:** 15 - CLINICA GERAL
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM **Serviço:** 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ **Retorno com a mesma queixa?** Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: REFERE DOR EM FLANCOS COM INICIO ONTEM

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 99 FR 18 DOR 2

Alergias: PENINCILINA

Sinais Vitais

P.A.: 117 x 55 mmHG **Pulso:** 56 bpm **Temperatura:** 36 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócio	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Últ. Menstruação:	Fumante? Sim ☐ Não ☒
Nº de Partos:	Dor? Sim ☐ Não ☒
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
Cidade:	UF: Hospital:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ **Qual?**

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: