

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Vanessa Santos da Silva
Nº da Carteira: 11.4.1701
Instituição: IAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 08/10/2000

Nº da Guia: 7689

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/08/2022	20:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Direita

Descrição
Aluna relata que estava jogando voley e ao receber a bola, a mesma bateu no polegar da mão direita, sentiu uma dor intensa no momento. Procurou atendimento na terça feira, o local estava edemaciado com leve equimose, prestado atendimento e orientada a retornar caso não melhorasse.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Naliany	(45) 9838-4521

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfª Joserlania Pazette	05/09/2022

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 no polegar da mão direita, encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 7309557

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
7689

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
1141701

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
VANESSA SANTOS DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RU
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
IVAN SAMANTIN SILVA

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
41325

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
IVAN SAMANTIN SILVA

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carteira do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
05/09/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
40803120

26 - Descrição
RX - Mão ou quírodactílio

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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via

44 - Téc.

45 - % Red / Acrec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel.

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 de 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 OPRME (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

2 - Nº Guia no Prestador **7689**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0000000	3 - Nr. Guia Principal
-----------------------------	------------------------

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

8 - Número da carteira 1141701	9 - Validade da carteira	10 - Nome VANESSA SANTOS DA SILVA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atribuição a RN N
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------

13 - Código da Operadora	14 - Nome do Contratado
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante	16 - Conselho Profissional
PLANTAO JOHANNA MATTHEUS G. OEHARDT	6
17 - Número no Conselho	18 - UF
41325	41
19 - Código CBO	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
225125	 JOHANNA MATTHEUS G. OEHARDT ODONTOLÓGICA

21 - Centro de Atendimento	22 - Data de Solicitação	23 - Indicação Clínica
2	05/09/2022	
24 - Fim da de Ocorrência	25 - Data de Encerramento	

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

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

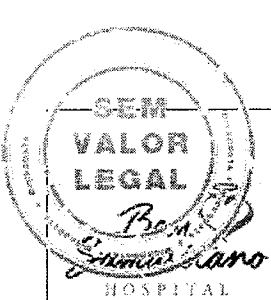
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação do Acidente (Acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados							
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Cide	43 - Via
						44 - Têc.	45 - % Red / Acres.
						46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(is) Examinado(s)	49 - Seg. Rel.	49 - Gr. Falt	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 de Procedimento em Série	57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 - 	3 - 
2 - 	4 - 
5 - 	6 - 
7 - 	8 - 
9 - 	10 - 

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					



Atendimento:	7309557	Pedido:	2588325	Ac. Number:	3232525
Registro / Nome:	VANESSA SANTOS DA SILVA				
Data de Nascimento:	08/10/2000	Idade:	21 anos, 10 meses e 26 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	05/09/2022 17:13:00			Laudado:	08/09/2022 07:33:33
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	IVAN SANTINI SILVA				

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 6937570 DATA: 05/09/2022 17:13
USUÁRIO.....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 7309557 DT NASC: 08/10/2000 (21A 10M 28D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 578699 - VANESSA SANTOS DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/09/2022 14:57 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

7309557

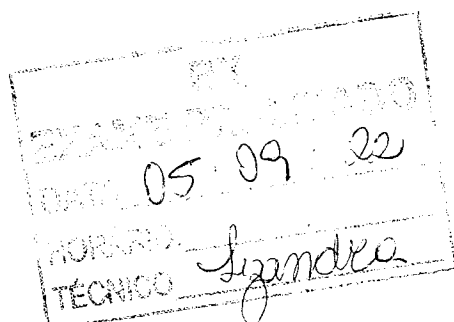
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1					
Justificativa.: D						
Obs.: D						

VISITA HOSPITALAR

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




IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982

PREScrição.: 6937700 DATA: 05/09/2022 18:05
USUÁRIO....: ISSILVA
ATENDIMENTO: 7309557 DT NASC: 08/10/2000 (21A 10M 29D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 578699 - VANESSA SANTOS DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/09/2022 14:57 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENTORSE DE POLEGAR D HÁ 3 DIAS
SEM INSTABILIADÉ, SEM DEFORMIDADES
RX SEM ALTERAÇÕES
CD ANALGESIA
ORIENTAÇÕES
REPOUSO
ATLA

IVAN SANTINI SILVA
CRM-PR: 32982

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7309557 Prontuário: 578699 SAME: Hora Atend: 14:57 Data Atend: 05/09/2022
Paciente..... : VANESSA SANTOS DA SILVA Idade: 21 a
Endereço..... : RUA LEVA PAICANDU
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA UF.: PR CEP: 87130000
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP Plano...: COLEGIO ADVENTISTA ENFEEF
CID Principal..... : M255 - DOR ARTICULAR
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 05/09/2022 Hora Saída : 18:00

Prestador da Evolução Médica: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT

IVAN SANTINI SILVA
ORIENTADOR EM PATOLOGIA
CRM-PR 32932
TEOT 12349

PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT / 41325
CLINICA GERAL

Dados do Atendimento

Atendimento: 7309557

Data/Hora: 05/09/2022 14:57

Prioridade: Baixa

Paciente: 578699 - VANESSA SANTOS DA SILVA

Sexo: F

Nasc.: 08/10/2000 (21a 10m 28d)

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: RELATA TORÇÃO DE POLEGAR DA MÃO DIREITA HA 3 DIAS

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SPO2 99% DOR 4 FR 18

Alergias: NEGA

430 D.

1º QDC

Sinais Vitais

P.A.: 118 x 70 mmHG Pulso: 97 bpm Temperatura: 36 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito	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: VERDE	

Outros

Tratamento?

Sim ☐

Não ☒

Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: