

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Luiza Alves Afonso
Nº da Carteira: 11.1.10090
Instituição: IAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 03/10/2007

Nº da Guia: 7775

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/09/2022	21:30:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	2º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Aluna relata que estava na aula de educação física, em um jogo de voley, ao receber a bola, a mesma bateu na ponta do dedo, causando dor intensa.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Julia Govea Roque	(42) 98836-7762

Quem prestou primeiros socorros	Data
CELIA TEIXEIRA DAMASCENO DA SILVA	08/09/2022

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
Apresenta discreto edema e equimose no segundo dedo da mão E, relata dor no local, encontra-se imobilizado. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

Joselania Ramos Pazette 173102 - Enfermeira

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 / curitiba.clinicaadventista.org.br



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

2 - Nº Guia no Prestador 7775

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MARIA LUIZA ALVES AFONSO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário
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
41325

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
09/09/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

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

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

31 - Código CIES
9365230

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qtds.

43 - Via

44 - T/c

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)
48 - Seq. Ref.

49 - Gd. Part

50 - Código na operacional/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

55 - Data de Realização de Procedimento em Sítio
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinas (R\$)

65 - Total Geni (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por ISACSLIVA

Data/hora 09/09/2022 15:19:31

Comidade 7317044

Atendimento 7317044

Convênio INST ADVENTISTA-JAP

7317044



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

2 - Nº Guia no Prestador 7775

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
7775

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

11110090

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MARIA LUIZA ALVES AFONSO

11 - Número do 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

PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT

16 - Conselho Profissional

6

17 - Número no Conselho

41325

18 - UF

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

09/09/2022

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

1 22

2 22

3 19

4 22

5 22

RX - Mão ou quicodactílio

Fraturas e/ou luxações de falanges (interfalangeanas) - redução incorre

TALA DE ALUMINIO M 16MX18 CM

Imobilizacoes nao-gessadas (qualquer segmento)

Fraturas e/ou luxações de falanges (interfalangeanas) - redução incorre

27 - Q. Solic

1 1

1 1

1 1

1 1

28 - Q. Autoriz

0 0

0 0

0 0

0 0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CUES

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 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec.

45 - % Real / 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 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 Materiais (R\$)

62 - Total de OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geri (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ISACSI, VA

Data/Hora: 09/09/2022 15:18:32

Controle: 7317044

Atendimento: 7317044

Convênio: INST ADVENTISTA-LAP

7317044



Atendimento: 7317044 Pedido: 2590948 Ac. Number: 3235788
Registro / Nome: MARIA LUIZA ALVES AFONSO
Data de Nascimento: 03/10/2007 Idade: 14 anos, 11 meses e 6 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 09/09/2022 14:10:00
Laudado: 12/09/2022
16:18:28
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: LUAN CELSO GONCALVES R

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 6946781 DATA: 09/09/2022 14:09
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 7317044 DT NASC: 03/10/2007 (14A 11M 8D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 563405 - MARIA LUIZA ALVES AFONSO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/09/2022 13:37 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA 2ºQDE
ADM COMPLETA POREM DOLOROSA
NEUROVASCULAR OK

CD:
- RX

7317044

PRESCRIÇÃO MÉDICA

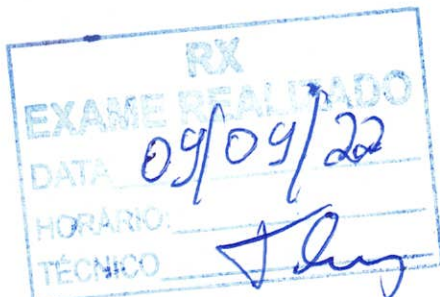
EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						

Justificativa.: ap + perfil 2ºqde

VISITA HOSPITALAR

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



PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31517

PRESCRIÇÃO.: 6946865 DATA: 09/09/2022 14:32
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 7317044 DT NASC: 03/10/2007 (14A 11M 8D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 563405 - MARIA LUIZA ALVES AFONSO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/09/2022 13:37 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX COM FRATURA DE BASE PROXIMAL DE FALANGE MEDIA DE 2ºQDE

CD:
- ORIENTAÇÕES
- REDUÇÃO + IMOBILIZAÇÃO COM TALA METALICA
- ANALGESIA
- RETORNO AMBULATORIAL PARA ACOMPANHAMENTO

7317044

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MATERIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 TALA ALUMINIO MEDIA 16 MM X 18 CM	1	UNIDADE				[09/09] . 14:32

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 FRATURA DE FALANGE - RED INCRUENTA	1					[09/09] . 14:32
5 FRATURA DE FALANGE DE MAO - TRAT CONSERVADOR	1					[09/09] . 14:32
6 IMOBILIZACAO NAO GESSADA	1					[09/09] . 14:32

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM-PR: 31517

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31517

ORT

Dados do Atendimento

Atendimento: 7317044

Data/Hora: 09/09/2022 13:37

Prioridade: Baixa

Paciente: 563405 - MARIA LUIZA ALVES AFONSO

Sexo: F

Nasc.: 03/10/2007 (14a 11m 8d)

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 QUE BATEU BOLA NO DEDO HA 1 DIA. APRESENTA EDEMA EM LOCAL

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SPO2 97% DOR 2 FR 20

Alergias: NEGA

fc. @ QDC. MD @

Sinais Vitais

P.A.: 90 x 70 mmHG Pulso: 89 bpm Temperatura: 36,2 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distrito

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: