

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Heloisa Mazzeto Pinheiro

Nº da Carteira: 4.31.6410

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 30/10/2013

Nº da Guia: 10096



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/03/2023	09:07:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo

Descrição

Aluna torceu o pé na educação física.

Testemunha da ocorrência

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Telefone

(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Data

14/03/2023

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

A aluna foi atendida pelo coordenador disciplinar, que forneceu gelo e pomada. Foi feito o contato com o responsável.

Ass.: _____

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

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

Impresso por: Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

1 de 1

14/03/2023 09:13

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador **10096**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nº. Guia Principal
-----------------------------------	------------------------

4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data Validade da Senha	7 - Número da Guia Arbitrado pelo Operadora
-------------------------	-----------	----------------------------	---

Dados do Beneficiário		10 - Nome		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde		12 - Atendimento a RV	
8 - Número da Carteira 4316410	9 - Validade da Carteira	HELOISA MAZZETO PINHEIRO		700100917550815		N	

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
13 - Código da Operadora 23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A				
15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 39294	18 - UF 41	19 - Código CBO 225124

Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica	
21 - Cartão de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 14/03/2023		

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

38844

Dados do Contratado Exatente		30 - Nome do Contratado		31 - Código CUES	
29 - Código na Operadora 23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A			9366230	

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

Dados de Escopo / Procedimentos e Exames Realizados		42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Real / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)	
36 - Data	37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição		

Identificação (do(a) Profissional(a) Exatente(a))		52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO	
48 - Seg. Pel.	49 - Gr. Part 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional		

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

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
---	--	-------------------------------

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

2 - Nº Guia no Prestador 10096

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal
10096

4 - Data de Autorização

5 - Sessão

6 - Data Validade da Sessão

7 - Número de Guia Atribuído pelo Operador

8 - Número do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número da Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

4316410

HELOISA MAZZETO PINHEIRO

700100917550815

N

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
28684

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

14/03/2023

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

1 22 40804089 RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)

2 22 40804097 RX - Pe ou pododactilo

38844

1 1 0

1 0

Dados do Contrato Exatense

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES
9366230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação do Acidente (ocidente ou doença relacionada)

34 - Tipo da 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 - Qlde. 43 - Via 44 - Tdc. 45 - % Red / Acres. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Examinado(a)

48 - Seq. Ref. 49 - Gr. Fun. 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 do 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 Abundância (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de OPIE (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

Impresso por: ISAC SILVA

Data/Hora: 14/03/2023 13:46:48

Consultar: 7635471

Atendimento: 7635471

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7635471



Atendimento:	7635471	Pedido:	2705767	Ac. Number:	3381514
Registro / Nome:	HELOISA MAZZETO PINHEIRO				
Data de Nascimento:	30/10/2013	Idade:	9 anos, 4 meses e 15 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	14/03/2023 12:48:00			Laudado:	20/03/2023
					09:23:09
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID				

RX - TORNOZELO ESQUERDO AP/PERFIL

Estrutura óssea conservada.

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento:	7635471	Pedido:	2705767	Ac. Number:	3381515
Registro / Nome:	HELOISA MAZZETO PINHEIRO				
Data de Nascimento:	30/10/2013	Idade:	9 anos, 4 meses e 15 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	14/03/2023 12:48:00			Laudado:	20/03/2023
					09:25:14
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID				

RX - PÉ ESQUERDO (02 INCIDENCIAS).

Estrutura óssea conservada.

Elementos ósseos de morfologia e contornos normais.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares

MAYCON DE MORAIS SILVA

CRM- 38186

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 7353206 DATA: 14/03/2023 12:48
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7635471 DT NASC: 30/10/2013 (9A 4M 14D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 581383 - HELOISA MAZZETO PINHEIRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/03/2023 11:07 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM TORNOZELO APOS QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA ASSOCIADA A ENTORSE DE TORNOZELO. APRESENTA EDEMA IMPORTANTE LOCAL E DIFICULDADE DE DEAMBULAÇÃO.

AO EXAME FÍSICO:
PELE INTEGRAL, AUSÊNCIA DE EQUIMOSE, AUSÊNCIA DE HEMATOMA, SEM CREPITAÇÃO A PALPAÇÃO, SEM DEFORMIDADE ANATÔMICA. DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO ARTICULAR E MALEOLAR. GAVETA ANTERIOR E ESTRESS DE LATERALIZAÇÃO COM DOR IMPORTANTE

PT
RX

7635471

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: ESQ	1					
2 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: ESQ	1					

VISITA HOSPITALAR

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

RX
EXAME REALIZADO
DATA
HOPITALAR
TÉCNICO

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID
CRM-PR: 38877

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7635471 **Prontuário:** 581383 **SAME:**
Paciente..... : HELOISA MAZZETO PINHEIRO
Endereço..... : RUA IRMA ISABEL PADIerna
Bairro..... : CONJUNTO HABITACIONAL KARINA
Cidade..... : MARINGA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 14/03/2023

Hora Atend: 11:07 **Data Atend:** 14/03/2023
Idade: 9 a

UF..: PR **CEP:** 87047210
Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM

Hora Saída : 13:09

Prestador da Evolução Médica:	SAMUEL MACHADO
--------------------------------------	-----------------------

PRESCRIÇÃO.: 7353249 DATA: 14/03/2023 13:07
USUÁRIO.....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7635471 DT NASC: 30/10/2013 (9A 4M 14D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 581383 - HELOISA MAZZETO PINHEIRO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 14/03/2023 11:07 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA LUXAÇÃO

PT
ANALGESIA
ATESTADO
ORIENTAÇÕES
A DISPOSIÇÃO

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877