

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Gabriel da Silva Miranda
Nº da Carteira: 4.31.6087
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4



Data de Nascimento: 26/09/2009

Nº da Guia: 10202

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/03/2023	08:03:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Antebraço Esquerdo

Descrição
Aluno torceu o pulso jogando futebol na educação física.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	17/03/2023

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
O aluno foi atendido pelo coordenador disciplinar que forneceu gelo. Foi feito contato com 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

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

2 - Nº Guia no Prestador **7643713**

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 pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

4316087

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

NATASHA CRISTINA DE OLIVEIRA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

41

18 - UF

225124

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

17/03/2023

23 - Indicação Clínica

Uniclus Medicine 40939

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item

22

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Cl. Solic.

1

28 - Cl. Autoriz.

0

Dados do Contratado Essencial

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9366230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de 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 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional Essencial(ES)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

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 OPIE (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/SIADT

2 - Nº Guia no Prestador **7643713**

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 pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

4316087

MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RU

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

06766682914

14 - Nome do Contratado

VINICIUS MEDINA GUIMARAES

15 - Nome do Profissional Solicitante

VINICIUS MEDINA GUIMARAES

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

4.0959

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

40959

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Indicação Clínica

24 - Tabela

22

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

40803112

RX - Punho

RX - Mão ou quizodactilo

27 - Ql.Solic.

2

28 - Ql.Autoriz.

0

1

0



7643713

Dados do Contratado Especialista

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código ONES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente 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 - Qlue.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Real / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Especialista(a)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do 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 do CPME (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: TCRREITAS

Data/Hora: 2009/2023 05:44:31

Controle: 7643713

Atendimento: 7643713

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7643713



Atendimento: 7643713 **Pedido:** 2708496 **Ac. Number:** 3384990
Registro / Nome: MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA
Data de Nascimento: 26/09/2009 **Idade:** 13 anos, 5 meses e 22 dias **Sexo:** M
00:00:00
Pedido do Exame: 18/03/2023 00:48:00 **Laudado:** 23/03/2023
15:37:37
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: VINICIUS MEDINA GUIMARAES

RX - PUNHO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 7643713 **Pedido:** 2708494 **Ac. Number:** 3384988
Registro / Nome: MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA
Data de Nascimento: 26/09/2009 **Idade:** 13 anos, 5 meses e 22 dias **Sexo:** M
00:00:00
Pedido do Exame: 18/03/2023 00:45:00 **Laudado:** 23/03/2023
15:37:36
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: VINICIUS MEDINA GUIMARAES

RX - PUNHO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7643713 **Prontuário:** 587311 **SAME:** **Hora Atend:** 23:47 **Data Atend:** 17/03/2023
Paciente..... : MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA **Idade:** 13 a
Endereço..... : AVENIDA JOAO PAULINO VIEIRA FILHO
Bairro..... : ZONA 07
Cidade..... : MARINGA **UF..:** PR **CEP:** 87020015
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC **Plano...:** CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 18/03/2023 **Hora Saída :** 00:54

Prestador da Evolução Médica: VINICIUS MEDINA GUIMARAES

PRESCRIÇÃO.: 7362137 DATA: 18/03/2023 00:53
USUÁRIO.....: VMGUIMARAES
ATENDIMENTO: 7643713 DT NASC: 26/09/2009 (13A 5M 21D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 587311 - MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/03/2023 23:47 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

RAIO X SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO NO MOMENTO

PLANO TERAPEUTICO:
ALTA COM ANALGESIA
ATESTADO
GELO NO LOCAL
RETORNO AMBULATORIAL
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

VINICIUS MEDINA GUIMARAES
CRM-PR: 4.0959

PRESCRIÇÃO.: 7362136 DATA: 18/03/2023 00:47
USUÁRIO....: VMGUIMARAES
ATENDIMENTO: 7643713 DT NASC: 26/09/2009 (13A 5M 21D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 587311 - MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/03/2023 23:47 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

7643713

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

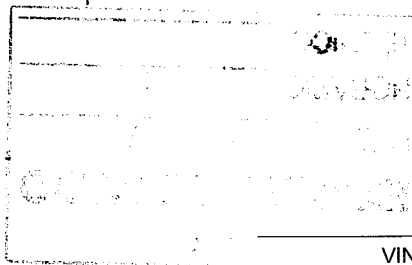
5 RX MEM SUP PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS

Justificativa.: PERFIL

Obs.: T

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

1



VINICIUS MEDINA GUIMARAES
CRM-PR: 4.0959

PRESCRIÇÃO.: 7362133 DATA: 18/03/2023 00:44
USUÁRIO....: VMGUIMARAES
ATENDIMENTO: 7643713 DT NASC: 26/09/2009 (13A 5M 21D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 587311 - MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/03/2023 23:47 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

7643713

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SUSPENSO

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS-

1

Suspensão dia: 18/03 P: 7362119

Obs.: DIR

VISITA HOSPITALAR

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA-

1

Suspensão dia: 18/03 P: 7362119

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

3 RX MEM SUP PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS

1

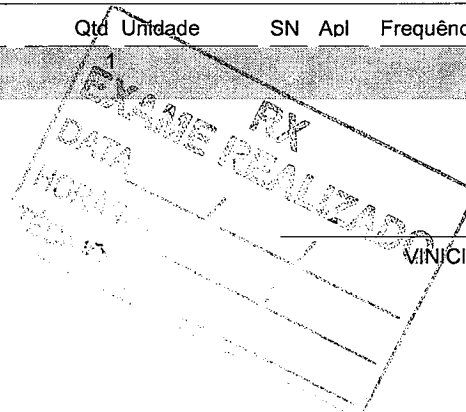
Justificativa.: PERFIL + AP COM DESVIO ULNAR

Obs.: dir

VISITA HOSPITALAR

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

4 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA-



VINICIUS MEDINA GUIMARAES
CRM-PR: 4.0959

PRESCRIÇÃO.: 7362119 DATA: 18/03/2023 00:29
USUÁRIO....: VMGUIMARAES
ATENDIMENTO: 7643713 DT NASC: 26/09/2009 (13A 5M 21D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 587311 - MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/03/2023 23:47 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE RELATA TRAUMA EMÃO DIREITA HOJE JOGANDO FUTEBOL. REFERE DOR EM BASE DO POLEGAR DIR

EFO
PELE INTEGRAL
ADM TOTAL POREM DOLOROSO
DOR A PALPAÇÃO EM TABAQUEIRA ANATOMIA
DOR A PISTONAGEM
DOR A PALPAÇÃO EM HEMINENCIA TENAR
NEUROVASCULAR OK

RX REAVALIO APOS

7643713

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 COM DESVIO ULNAR						
Obs.: DIR						

VISITA HOSPITALAR

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

VINICIUS MEDINA GUIMARAES
CRM-PR: 4.0959

Dados do Atendimento

Atendimento: 7643713 Data/Hora: 17/03/2023 23:47 Prioridade: Baixa
Paciente: 587311 - MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA Sexo: M Nasc.: 26/09/2009 (13a 5m 21d)
Prestador: 6902 - NATALIA CORDEIRO GANEM Especialidade: 36 - PEDIATRIA
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSP Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

Clinica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☒ Não ☐ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: CRIANÇA SOFREU TRAUMA EM MAO E MSD REFERE DOR EDEMA LOCAL.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: N

Alergias: DESCONHECE

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 88 bpm Temperatura: 37,2 °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:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: PESO:59.00KG

SAT:98%

MEDICAÇÃO: GELO NO LOCAL MSD
MEDICAÇÃO USO CONT:N

PEDIATRA DR:

Bupropione 40 gotas vo. 00:02 H >
em Triagem.