

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: Leonardo Luiz Oliveira da Silva
Nº da Carteira: 11.4.1417
Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná



Data de Nascimento: 16/06/2001

Nº da Guia: 9521.002

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
20/03/2023	13:39:39	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Costas

Descrição
Aluno relata que estava jogando e ao dividir uma bola com outro aluno, caiu batendo as costas no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Raimundo Neto	(68) 98402-3388

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joserlania Pazette	14/02/2023

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

Motivo do Retorno
Aluno relata dor no flanco direito. Encaminhado para avaliação médica e conduta

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
GOREN-PR 173102 - ENF
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 9521002

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validada da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

1141417

LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA

11 - Número da Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

13 - Código do Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

LUCAS SALEM VELOSO

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

41319

41

225225

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

20/03/2023

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

1

10101039

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

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 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc.

45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) 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 da 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 OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: DITSUDA

Data/Hora: 20/03/2023 16:33:40

Contat. Ole: 7647407

Atendimento: 7647407

Consultório: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7647407

PRESCRIÇÃO.: 7368195 DATA: 20/03/2023 17:02
USUÁRIO....: CSMALAVAZI
ATENDIMENTO: 7647407 DT NASC: 16/06/2001 (21A 9M 4D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 509611 - LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/03/2023 16:32 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUCAS SALEM VEDOVELLO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PELO PS

PCT COM DIVERSAS ENTRADAS NO PS, DEVIDO QUADRO DE LITIASE RENAL E COLOCAÇÃO DE DUPLO J COM DR. MAURICIO MARCHESE. PCT REFERE QUE NÃO TER DOR INTENSA, MAS UM ENCOMODO EM FLANCO DIREITO E ESTÁ PREOCUPADO.
AO EXAME: LOTE,AAA
SEM FASCIES DE DOR
REFERE MELHORA DA HEMATURIA, QUEIXA DA ULTIMA CONSULTA.
GIORDANO NEGATIVO.

PT:
1. CONTATO COM DR. MAURICIO MARCHESE

7647407

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

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

CRISTIANE DE SOUZA MALAVAZI
CRM-PR: 41.465

PRESCRIÇÃO.: 7368234 DATA: 20/03/2023 17:17
USUÁRIO....: CSMALAVAZI
ATENDIMENTO: 7647407 DT NASC: 16/06/2001 (21A 9M 4D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 509611 - LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/03/2023 16:32 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: LUCAS SALEM VEDOVELLO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PELO PS

ALTA COM AS MESMAS ORIENTAÇÕES JÁ PASSADAS PELO DR. MARCHESE EM CONSULTORIO E POR MIM NA CONSULTA PASSADA

CRM-PR 41465
Médica
CRISTIANE DE SOUZA MALAVAZI
CRM-PR: 41.465



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SALA DE EMERGÊNCIA

LEONARDO LUIZ OLIVEIRA DA SILVA

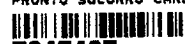
Pront: 509611

Dt. Atend: 20/03/2023 Sexo: M

CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLINI

PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM

CIENTE



7647407 1141417

Nome do Paciente

Data de Nascimento

Convênio

Atendimento

Data do Atendimento

Origem

☐ SIATE

☐ SAMU

☐ HUMANA

☐ PROCURA
ESPONTÂNEA

☐ OUTROS

Tipo de Ocorrência

☐ TRAUMA

☐ AGRESSÃO

☐ QUEDA

☐ CLÍNICO

☐ FAB

☐ QUEIMADURA

☐ ORTOPEDIA

☐ FAF

☐ AFOGAMENTO

Mecanismo

☐ ATROPELAMENTO

☐ AUTO X CAMINHÃO

☐ QUEDA MOTO

☐ AUTO X AUTO

☐ QUEDA BICICLETA

☐ OUTROS:

☐ AUTO X MOTO

EJETADO ☐ SIM ☐ NÃO

NEUROLÓGICO

☐ AUSENTE

☐ CONSCIENTE

☐ CONFUSO

☐ AGITADO

☐ DESCONEXO

☐ INCOMPREENSÍVEL

RESPIRATÓRIO

☐ AUSENTE

☐ EUPNEICO

☐ TAQUIPNEICO

☐ BRADIPNEICO

☐ ASSISTIDA

CIRCULATÓRIO

☐ AUSENTE

☐ NORMOCARDICO

☐ BRADICARDICO

☐ TAQUICARDICO

VIAS AÉREAS

☐ LIVRE

☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL

☐ OBSTRUÇÃO TOTAL

☐ EDEMA DE GLOTE

PELE

☐ NORMAL

☐ PALIDEZ

☐ CIANOSE

☐ ICTERÍCIA

☐ QUENTE/SECA

☐ FRIA/PEGAJOSA

DADOS VITAS

HORÁRIO:

PA:

BPM:

FR:

SPO2:

T°:

Glasgow



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Escala de Dor:

COMORBIDADES

☐ HAS

☐ DM

☐ CARDIOPATA

☐ NEFROPATA

☐ HEPATOPATA

☐ OUTRAS

ALERGIAS

☐ NÃO

☐ SIM

Qual(is)

Qual(is)

PRINCIPAIS LESÕES

☐ ESCORIAÇÃO

☐ CONTUSÃO

☐ LACERAÇÃO

☐ LUXAÇÃO

☐ FRAT.FECHADA

☐ FRAT.EXPOSTA

☐ F.C.C

LOCAL:

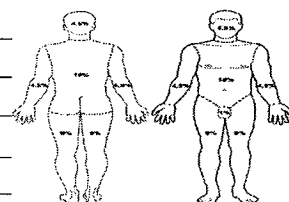
QUEIMADOS

TIPO DE QUEIMADURA: () TEMPERATURA () RADIAÇÃO () QUÍMICA

() ELÉTRICA

() BIOLÓGICA

PROFUNDIDADE OU GRAU: () 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU



☐ Internação

☐ Alta

☐ Óbito

☐ Contra referência

Responsável:Coren: