

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Danieli Flores de Oliveira
Nº da Carteirinha: 11.4.12736
Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná



Data de Nascimento: 26/04/2005

Nº da Guia: 10572

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/04/2023	15:00:00	Rio	Trillife

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Perna Esquerda

Descrição
Aluna estava participando do trillife e ao realizar a prova do rio, bateu a perna E em uma pedra, sentiu uma dor intensa no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Ellen Carina	(42) 98425-9356

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joserlania Pazette	02/04/2023

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
Apresenta discreto hematoma local, relata dor intensa na apalpação. Encaminho para avaliação médica e conduta.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 7672872

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	

Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 11412736		9 - Validade da Carteira		10 - Nome DANIEL FLORES DE OLIVEIRA		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 NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 38877	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames solicitados		21 - Carteira do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 02/04/2023		23 - Indicação Clínica		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
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 Espectante		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 de Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 37 - Hr. Inicial		38 - Hr. Final		39 - Tabela		40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	

Identificação do(a) Profissional(es) Executante(s)		48 - Seq. Ref.		49 - Gr. Part		50 - Código na operadora/CPP		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 OPME (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: AFRSILVA Data/Hora: 02/04/2023 20:22:29 Canal/Clie: 7672872 Atendimento: 7672872 Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7672872

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

2 - Nº Guia no Prestador 7672872

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 0000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autenticação

5 - Série

6 - Data Validada da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

11412736

9 - Validade da Carteira

DANIEL FLORES DE OLIVEIRA

11 - Número da 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

NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

38877

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Nour Aliman El Majzoub Said

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data de Solicitação

03/04/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou

26 - Descrição

1 22 40804089 RX - Articulação tibiotarsica (tornozelo)

2 22 40804070 RX - Pernão

27 - Ql. Solic.

1 0

28 - Ql. Autoriz.

1 0

Dados do Contratado, Estabelecimento

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 do Acidente (paciente 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 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc.

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

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(is) Excedente(s)

48 - Seg. Rel.

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

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

98 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Autuações (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total do CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



Atendimento: 7672872 Pedido: 2718433 Ac. Number: 3397464
Registro / Nome: DANIELI FLORES DE OLIVEIRA
Data de Nascimento: 26/04/2005 Idade: 17 anos, 11 meses e 7 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 02/04/2023 21:07:00 Laudado: 03/04/2023
10:25:07
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID

RX - PERNA ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento:	7672872	Pedido:	2718433	Ac. Number:	3397465
Registro / Nome:	DANIELI FLORES DE OLIVEIRA				
Data de Nascimento:	26/04/2005	Idade:	17 anos, 11 meses e 7 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	02/04/2023 21:07:00			Laudado:	03/04/2023 10:25:41
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID				

RX - TORNOZELO ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7401199 DATA: 02/04/2023 21:04
USUÁRIO.....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7672872 DT NASC: 26/04/2005 (17A 11M 7D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CIAC
PACIENTE....: 598920 - DANIELI FLORES DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO..: 02/04/2023 20:21 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

ESCOLAR VEM AO SERVIÇO COM QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA E TRAUMA EM FACE ANTERIOR DE TIBIA DISTAL

ESCORIAÇÕES SEM SANGRAMENTO
EDEMA DISCRETO
ADM PRESERVADA
FM PRESERVADA
NEUROVASCULAR PRESERVADO

PT RAO X

7672872

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF PERNA (TIBIA) Justificativa.: TRAUMA Obs.: ESQUERDA	1						
2 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: TR Obs.: ESQ	1						

RX
EXAME REALIZADO
DATA 02 / 04 / 23
HORARIO: 21 : 33
TÉCNICO <i>[assinatura]</i>

VISITA HOSPITALAR

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

[assinatura]
Dr. Nour A. Majzoub Said
MÉDICO
CRM-PR. 38.877

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
ORM-PR: 38877

PRESCRIÇÃO.: 7401255 DATA: 02/04/2023 22:00
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7672872 DT NASC: 26/04/2005 (17A 11M 7D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 598920 - DANIELI FLORES DE OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/04/2023 20:21 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID 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 COM DESVIO OU LUXAÇÃO

PT

ANALGESIA
GELO
ALTA
ORIENTAÇÕES

Dr. Nour A. Majzoub Said
MÉDICO
CRM/PR. 38.877

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID
CRM-PR: 88877