

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Sophia Ferreira Farias
Nº da Carteira: 11.1.9117
Instituição: IAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 27/06/2005

Nº da Guia: 10571

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/04/2023	13:30:00	Rio	Trillife

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

Descrição
Aluna relata que estava participando do trillife na prova do rio, quando bateu o joelho em uma pedra dentro do rio e começou a sentir uma dor intensa. Aluna relata que em setembro de 2022, fez um tratamento no joelho D, relata que tinha um "furo" e sempre que faz exercício sente dor no mesmo no joelho D.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Laura Anzilago	(67) 99659-6367

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	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
Não está conseguindo deambular, apresenta discreto edema no joelho D e relata dor intensa no local. Encaminho para avaliação médica e conduta..

Ass.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

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

2 - Nº Guia no Prestador 7672877

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Senha		7 - Número da Guia Arbuldo pela Operadora	
4 - Data de Autorização		5 - Senha		9 - Nome		12 - Atendimento a RN	
8 - Número da Carteira 1119117		9 - Validade da Carteira		10 - Nome SOPHIA FERREIRA FARIAS		11 - Número do Cartão Nacional da Saúde	
13 - Código da Operadora 23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 38877	
15 - Nome do Profissional Solicitante NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID		18 - UF 41		19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
21 - Caráter do Atendimento 2		22 - Data de Solicitação 02/04/2023		23 - Indicação Clínica		27 - Ql. Solic. 1	
24 - Tabela 1		25 - Código do Procedimento 22		26 - Descrição Consulta em pronto socorro		28 - Ql. Autoriz. 0	
28 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		31 - Código CNES 9365230			
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
36 - Data		37 - H. Inicial		38 - H. Final		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qlde.		43 - Via	
				44 - Tbc.		45 - % Red / Acrec.	
				46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
48 - Seq. Rol.		49 - Gr. Part		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		56 - Código CBO	
56 - Data de Realização do Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Total da Realização do Procedimento em Série		59 - Total da Realização do Procedimento em Série	
1 -		2 -		3 -		4 -	
5 -		6 -		7 -		8 -	
9 -		10 -		11 -		12 -	
13 -		14 -		15 -		16 -	
17 -		18 -		19 -		20 -	
21 -		22 -		23 -		24 -	
25 -		26 -		27 -		28 -	
29 -		30 -		31 -		32 -	
33 -		34 -		35 -		36 -	
37 -		38 -		39 -		40 -	
41 -		42 -		43 -		44 -	
45 -		46 -		47 -		48 -	
49 -		50 -		51 -		52 -	
53 -		54 -		55 -		56 -	
57 -		58 -		59 -		60 -	
61 -		62 -		63 -		64 -	
65 -		66 -		67 -		68 -	
69 -		70 -		71 -		72 -	
73 -		74 -		75 -		76 -	
77 -		78 -		79 -		80 -	
81 -		82 -		83 -		84 -	
85 -		86 -		87 -		88 -	
89 -		90 -		91 -		92 -	
93 -		94 -		95 -		96 -	
97 -		98 -		99 -		100 -	
101 -		102 -		103 -		104 -	
105 -		106 -		107 -		108 -	
109 -		110 -		111 -		112 -	
113 -		114 -		115 -		116 -	
117 -		118 -		119 -		120 -	
121 -		122 -		123 -		124 -	
125 -		126 -		127 -		128 -	
129 -		130 -		131 -		132 -	
133 -		134 -		135 -		136 -	
137 -		138 -		139 -		140 -	
141 -		142 -		143 -		144 -	
145 -		146 -		147 -		148 -	
149 -		150 -		151 -		152 -	
153 -		154 -		155 -		156 -	
157 -		158 -		159 -		160 -	
161 -		162 -		163 -		164 -	
165 -		166 -		167 -		168 -	
169 -		170 -		171 -		172 -	
173 -		174 -		175 -		176 -	
177 -		178 -		179 -		180 -	
181 -		182 -		183 -		184 -	
185 -		186 -		187 -		188 -	
189 -		190 -		191 -		192 -	
193 -		194 -		195 -		196 -	
197 -		198 -		199 -		200 -	
201 -		202 -		203 -		204 -	
205 -		206 -		207 -		208 -	
209 -		210 -		211 -		212 -	
213 -		214 -		215 -		216 -	
217 -		218 -		219 -		220 -	
221 -		222 -		223 -		224 -	
225 -		226 -		227 -		228 -	
229 -		230 -		231 -		232 -	

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

2 - Nº Guia no Prestador 7672877

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autuação

5 - Seta

6 - Data Validade na Seta

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

1119117

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
SOPHIA FERREIRA FARIAS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a FN
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

INOUR 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. Inour A. Majzoub Said
Médico
CRM/PR 34.877

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Código do Atendimento

22 - Data de Solicitação
03/04/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22 40804054

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
RX - Joelho

27 - Ql. Solic.
1

28 - Ql. Autoriz.
0

Dados do Contratado Específicos

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 da 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 - Tpc.

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

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional Específicas

48 - Sec. 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 Sétor 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - L. M. J. A. S. P. R. T. N. D. I. C. O. N. S. I. D. E. R. A. D. O. 2 - L. M. J. A. S. P. R. T. N. D. I. C. O. N. S. I. D. E. R. A. D. O. 3 - L. M. J. A. S. P. R. T. N. D. I. C. O. N. S. I. D. E. R. A. D. O. 4 - L. M. J. A. S. P. R. T. N. D. I. C. O. N. S. I. D. E. R. A. D. O. 5 - L. M. J. A. S. P. R. T. N. D. I. C. O. N. S. I. D. E. R. A. D. O. 6 - L. M. J. A. S. P. R. T. N. D. I. C. O. N. S. I. D. E. R. A. D. O. 7 - L. M. J. A. S. P. R. T. N. D. I. C. O. N. S. I. D. E. R. A. D. O. 8 - L. M. J. A. S. P. R. T. N. D. I. C. O. N. S. I. D. E. R. A. D. O. 9 - L. M. J. A. S. P. R. T. N. D. I. C. O. N. S. I. D. E. R. A. D. O. 10 - L. M. J. A. S. P. R. T. N. D. I. C. O. N. S. I. D. E. R. A. D. O.

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicinal (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: CFSILVA

Data/Hora: 03/04/2023 01:37:18

Certificação: 7672877

Atendimento: 7672877

Convenio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7672877



Atendimento: 7672877 **Pedido:** 2718429 **Ac. Number:** 3397459
Registro / Nome: SOPHIA FERREIRA FARIAS
Data de Nascimento: 27/06/2005 **Idade:** 17 anos, 9 meses e 6 dias **Sexo:** F
Pedido do Exame: 00:00:00 **Laudado:** 03/04/2023
02/04/2023 20:57:00 10:31:52
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID

RX - JOELHO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7401182 DATA: 02/04/2023 20:56
USUÁRIO...: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7672877 DT NASC: 27/06/2005 (17A 9M 6D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 598922 - SOPHIA FERREIRA FARIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/04/2023 20:36 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

RELATA QUEDA DA PROPRIA ALTURA HOJE APRESENTANDO ESCORIAÇÃO E DOR EM JOELHO DIREITO,
LIMITAÇÃO DA ADM PELA DOR
APARELHO EXTENSOR INTEGRO
SEM CREPITAÇÃO
SEM GAP EM TENDAO QUADRICIPITAL OU PATELAR

SOLICITO RX

7672877

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF JOELHO:A.P. - LATERAL D	1					
Justificativa.: joelho direito						

VISITA HOSPITALAR

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

RX
EXAME REALIZADO
DATA 02 / 04 / 23
HORÁRIO: 21 : 43
TÉCNICO <i>anf</i>

Dr. Nour A. Majzoub Said
MÉDICO
CRM/PR. 38.877
PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877

PRESCRIÇÃO.: 7401254 DATA: 02/04/2023 21:58
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7672877 DT NASC: 27/06/2005 (17A 9M 6D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 598922 - SOPHIA FERREIRA FARIAS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/04/2023 20:36 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.....: R520 DOR AGUDA CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

PT
ANALGESIA
ALTA
ORIENTAÇÕES

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

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877