

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Thaynara Oliveira da Silva
Nº da Carteira: 11.4.12694
Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná

Data de Nascimento: 26/10/2004

Nº da Guia: 10573



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/04/2023	19:27:00	Rio	Trillife

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

Descrição
Aluna estava participando do Trillife e ao realizar a prova do Rio, caiu em um buraco, batendo o joelho em uma pedra, sentiu uma dor intensa no momento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Helena	(49) 9125-7979

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 dificuldade para deambular. Relata dor intensa no local. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.: _____

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
CUR-PR 173102 - ENF

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 7672882

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

11412694

THAYNARA OLIVEIRA DA SILVA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

Dados da Operadora

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

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

02/04/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

1

26 - Descrição

10101039

27 - Ql Solic.

28 - Ql Autoriz.

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 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 - Cide

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operadora

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - 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 20:43:34

Contatado: 7672882

Atendimento: 7672882

Contêido: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7672882

2 - N° Guia no Prestador 7672882

1 / 1

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

42 - Qlđo. 43 - Vĩa 44 - Təc

Impresso por: CFSILVA

Data/Hora: 03/04/2023 01:31:31

Conta/Lote: 7672882

Atendimento: 7672882

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7672882



Atendimento: 7672882 Pedido: 2718432 Ac. Number: 3397463
Registro / Nome: THAYNARA OLIVEIRA DA SILVA
Data de Nascimento: 26/10/2004 Idade: 18 anos, 5 meses e 7 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 02/04/2023 21:04:00 Laudado: 03/04/2023
10:29:32
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.: 7401258 DATA: 02/04/2023 22:02
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7672882 DT NASC: 26/10/2004 (18A 5M 6D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 598923 - THAYNARA OLIVEIRA DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/04/2023 20:42 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

RX SEM SINAIS DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

PT
ANALGESIA
GELO
ORIENTAÇÕES
ALTA

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

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877

PRESCRIÇÃO.: 7401196 DATA: 02/04/2023 21:02
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7672882 DT NASC: 26/10/2004 (18A 5M 6D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 598923 - THAYNARA OLIVEIRA DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/04/2023 20:42 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 DOR EM JOELHO DIREITO SEM ESCORIAÇÕES
LIMITAÇÃO DA ADM PELA DOR
APARELHO EXTENSOR INTEGRO
SEM CREPITAÇÃO
SEM GAP EM TENDAO QUADRICIPITAL OU PATELAR

SOLICITO RX

7672882

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.: TR						

VISITA HOSPITALAR

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

RX
EXAME REALIZADO
DATA 02 / 04 / 23
HORÁRIO: 21 : 37
TÉCNICO <i>[assinatura]</i>

[assinatura]
Dr. Nour A. Majzoub Said
MÉDICO
CRM-PR: 38877
PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877