

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Clara do Nascimento
Nº da Carteira: 11.4.1673
Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná



Data de Nascimento: 07/05/2003 **Nº da Guia:** 10570

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

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Esquerdo, Tornozelo Esquerdo

Descrição
Ao realizar as provas do TRILLIFE, torceu o pé 2 vezes, uma na prova do pneu e outra na prova do rio.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Alana Culpi	(41) 98818-2048

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
Apresenta dificuldade para deambular, discreto edema, relata dor intensa no local. Encaminhado 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

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

2 - Nº Guia no Prestador 7672887

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

6 - Data Validade da Sanha

7 - Numero da Guia Arribuido pela Operadora

8 - Numero da Carteira
1141673

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MARIA CLARA DO NASCIMENTO

11 - Numero 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 - Numero no Conselho
38877

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

D. Nour Aliman El Majzoub Said
CRM/PR 38.827

21 - Cartão do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
02/04/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Q. Solic.
1

28 - Q. Autoriz.
0

Dados do Contratado Executante

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 de Execução Procedimentos e Exames Realizados

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

42 - Qtd. Via
43 - Tec.

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

46 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.
49 - Gr. Part
50 - Código na operadora/CPF
51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero 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 OPMs (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: AFRSILVA

Data/Hora: 02/04/2023 20:50:07

Central/Id: 7672887

Atendimento: 7672887

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7672887

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

2 - Nº Guia no Prestador 7672887

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0000000

3 - N. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validada da Série

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
1141673

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MARIA CLARA DO NASCIMENTO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

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 A. Majzoub Said
CRM/PR/38877

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data de Solicitação
03/04/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1	22	40804089	RX - Articulação tibiotarsica (tornozelo)	27 - Ql. Solic.	28 - Ql. Autoriz.
2	22	40804097	RX - Pe ou pododactilo	1	0

MARIA CLARA DO NASCIMENTO
Pront: 588926
Dt. Atend: 02/04/2023 Saco: H
CLINICA ODONTISTA - CLAC / CLINICI
PRONTO SOCORRO HSM
7672887

29 - 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 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlde.

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acres.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Seq. Ref.

49 - G: Part

50 - Código na Operadora/CNF

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 Anuidade (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de 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



Atendimento: 7672887 **Pedido:** 2718430 **Ac. Number:** 3397460
Registro / Nome: MARIA CLARA DO NASCIMENTO
Data de Nascimento: 07/05/2003 **Idade:** 19 anos, 10 meses e 24 dias **Sexo:** M
00:00:00
Pedido do Exame: 02/04/2023 21:01:00 **Laudado:** 03/04/2023
10:30:07
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID

RX - PÉ ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608



Atendimento: 7672887 Pedido: 2718430 Ac. Number: 3397461
Registro / Nome: MARIA CLARA DO NASCIMENTO
Data de Nascimento: 07/05/2003 Idade: 19 anos, 10 meses e 24 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 02/04/2023 21:01:00 Laudado: 03/04/2023
10:30:36
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.: 7401191 DATA: 02/04/2023 21:00
USUÁRIO.....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7672887 DT NASC: 07/05/2003 (19A 10M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 598926 - MARIA CLARA DO NASCIMENTO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/04/2023 20:48 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 EM ATIVIDADE HOJE, REFERE ENTORSE DE TORNOZELO COM DOR DIFUSA EM REGIÃO MALEOLAR MEDIAL E LATERAL

EFO:
PELE INTEGRAL
SEM EDEMA
ADM PREJUDICADO PELA DOR
FM PRESENTE

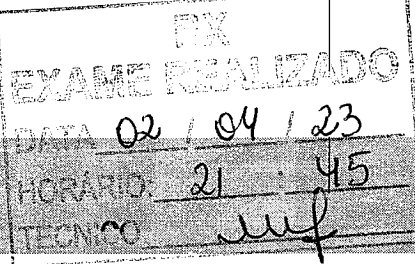
PT
RAIO X

7672887

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: TR Obs.: ESQ	1						
2 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: TR Obs.: ESQ	1						



VISITA HOSPITALAR

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

Dr. Nour A. Majzoub Said
MÉDICO
CRM/PR: 38877

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877

PRESCRIÇÃO.: 7401249 DATA: 02/04/2023 21:53
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO.: 7672887 DT NASC: 07/05/2003 (19A 10M 27D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 598926 - MARIA CLARA DO NASCIMENTO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/04/2023 20:48 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
ALTA

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

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID
CRM-PR: 38877