

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Vitória Pimenta Freitas da Silva

Nº da Carteira: 11.1.12713

Instituição: IAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 21/12/2005

Nº da Guia: 10701



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/04/2023	14:38:00	Rio	TRILLIFE

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	1º Dedo Pé Esquerdo

Descrição
Aluno relata que participou do trillife e ao realizar uma prova no rio bateu o halux do pé esquerdo em algo desconhecido no rio, no momento não sentiu dor, a penas uma leve dor no final do percurso.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Thais	(66) 98422-8905

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joserlania Pazette	11/04/2023

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 edema no halux E e hematoma subungueal, relata dor no local. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 473102 - 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 10701

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

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ANA VITORIA PIMENTA FREITAS DA SILVA

11 - Número de 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

PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT

16 - Conselho Profissional

41325

17 - Número no Conselho

41

18 - UF

225125

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Samuel Machado

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PR 28.584 / TEOR-15284

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação

12/04/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Saúde

28 - Ql. Autoriz.

1

22

10101039

Consulta em pronto socorro

1

22

10101039

Consulta em pronto socorro

Dados do Contratado Educante

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 Exatidão / 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) Profissional (s) Especialista (s)

48 - Seq. Rol.

49 - Gr. Part

50 - Código na operacional/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data da Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

59 - Total de Taxas de Materiais (R\$)

60 - Total de OPME (R\$)

61 - Total de Medicamentos (R\$)

62 - Total de Gases Médicos (R\$)

63 - Total de Gases Médicos (R\$)

64 - Total de Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

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 de Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: EPMBOMADIO

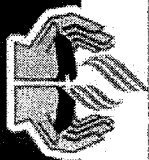
Data/hora: 12/04/2023 14:52:17

Contatador: 7691580

Atendimento: 7691580

Contatador: INST ADVENTISTA/JP

7691580



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

2 - Nº Guia no Prestador 7691580

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 Atribuída pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
11112713

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ANA VITORIA PIMENTA FREITAS DA SILVA

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
PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
41325

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Criterio do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
12/04/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento ou Item Anestesiado
1 22 40904097 RX - Pe ou pododactilio

27 - QI Solic.
28 - QI Autoriz.
1 0

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28-684 / TEOT 15284

Dados do Contratado Específico

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 (incidente 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 - % Rod / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Específico(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Pat.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - 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 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de OPIAE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicinas (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: 12/04/2023 23:41:16

Contato: 7691580

Atendimento: 7691580

Convênio: INSEADVENTISTA-AP

7691580



Atendimento:	7691580	Pedido:	2724838	Ac. Number:	3405552
Registro / Nome:	ANA VITORIA PIMENTA FREITAS DA SILVA				
Data de Nascimento:	21/12/2005	Idade:	17 anos, 3 meses e 21 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	12/04/2023 16:30:00			Laudado:	14/04/2023 07:50:13
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - PÉ ESQUERDO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7425458 DATA: 12/04/2023 16:28
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7691580 DT NASC: 21/12/2005 (17A 3M 21D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 599910 - ANA VITORIA PIMENTA FREITAS DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 12/04/2023 14:50 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA DIRETO EM 1PDE NO DOMINGO EM UMA PROVA DA ESCOLA

EFO:
PELE INTEGRAL
EDEMA DISCRETO
ADM PRESEREVADA
FM PRESERVADA
NEUROVASCULAR PRESERVADA

PT RAO X

7691580

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1					
Justificativa.: trauma						

VISITA HOSPITALAR

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

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT 1528

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84