

## AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Julia Freitas Rojas  
**Nº da Carteirinha:** 4.31.6283  
**Instituição:** Colégio Adventista de Maringá - Zona 4



**Data de Nascimento:** 17/01/2011

**Nº da Guia:** 10497

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade               |
|--------------------|----------|---------|-------------------------|
| 29/03/2023         | 11:53:00 | Ginásio | Aula de educação física |

| O que aconteceu | Partes do corpo    |
|-----------------|--------------------|
| Torção          | Antebraço Esquerdo |

| Descrição                                |
|------------------------------------------|
| Aluna torceu o pulso na educação física. |

| Testemunha da ocorrência           | Telefone       |
|------------------------------------|----------------|
| Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues | (44) 3224-3073 |

| Quem prestou primeiros socorros    | Data       |
|------------------------------------|------------|
| Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues | 29/03/2023 |

| Local de atendimento                     | Endereço          | Nº | Bairro  | Telefone                         |
|------------------------------------------|-------------------|----|---------|----------------------------------|
| HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá | Av. Independência | 93 | Zona 04 | (44) 3032-1818<br>(44) 3220-6166 |

| Observações                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A aluna foi atendida pelo coordenador disciplinar, que forneceu gelo e pomada. Foi feito contato com responsável. |

Ass.:

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

**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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](mailto:curitiba.clinicaadventista.org.br)

# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 10497

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

4316283

9 - Validade da Carteira

JULIA FREITAS ROJAS

10 - Nome

JULIA FREITAS ROJAS

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

EDUARA FERNANDES FREGONEIS MOSCARDI

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

36344

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Samuel Machado

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

29/03/2023

23 - Indicação Clínica

Consultas em pronto socorro

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt.Solic.

1

28 - Qt.Autoriz.

0

Dados do Contratado Excecuto:

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CUES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (evento 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. 43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Excecuto(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Prof.

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 Site

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 -

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 Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impresso por: MFTPRINTO

Data/Hora: 29/03/2023 17:11:46

Cartão/Lote: 7868924

Atendimento: 7868924

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

\*7666924\*

# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 7666924

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

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

4316283

JULIA FREITAS ROJAS

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

SAMUEL MACHADO

06

28684

41

225270

Samuel Machado

Dados do Solicitador / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

09/04/2023

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

29 - Ql. Solic.

30 - Ql. Autoriz.

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql. Solic.

28 - Ql. Autoriz.

29 - Ql. Solic.

30 - Ql. Autoriz.

1

22

40803112

RX - Punho

1

0

Dados do Contrato Excecional

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código ONES

32 - Código ONES

33 - Código ONES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação de Acidente (ocidente 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 - 1ºc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Excecional(a)

48 - Seq. 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 de Procedimento em Sítio

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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 -

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de OPIE (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 Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impresso por: CFS/LVA

Data/Hora: 09/04/2023 00:32:47

Contra-Lote: 7666924

Atendimento: 7666924

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

\*7666924\*



**Atendimento:** 7666924    **Pedido:** 2716272    **Ac. Number:** 3394787  
**Registro / Nome:** JULIA FREITAS ROJAS  
**Data de Nascimento:** 17/01/2011    **Idade:** 12 anos, 2 meses e 12 dias    **Sexo:** F  
00:00:00  
**Pedido do Exame:** 29/03/2023 17:59:00    **Laudado:** 03/04/2023  
16:44:55  
**Convênio:** CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
**Médico Solicitante:** PLANTAO SAMUEL MACHADO

### **RX - PUNHO ESQUERDO**

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7391739 DATA: 29/03/2023 17:59  
USUÁRIO....: PSMACHADO  
ATENDIMENTO: 7666924 DT NASC: 17/01/2011 (12A 2M 11D)  
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 598595 - JULIA FREITAS ROJAS  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 29/03/2023 17:10 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO JOGANDO VOLEI

EFO: SEM ESCORIAÇÕES  
SEM EDEMA  
ADM PRESERVADA  
FM PRESERVADA

PT RX

**\*7666924\***

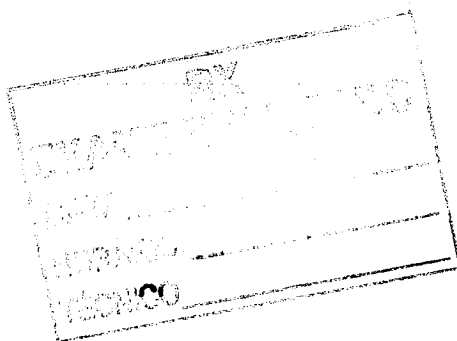
### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

|                                           | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|-------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 1 RX MEM SUP PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS | 1   |         |    |     |            |      |          |
| Justificativa.: TRAUMA                    |     |         |    |     |            |      |          |
| Obs.: ESQUERDO                            |     |         |    |     |            |      |          |

#### VISITA HOSPITALAR

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



*Samuel Machado*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 28.684 / TEOT 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO  
CRM-PR: 286.84

PRESCRIÇÃO.: 7391766 DATA: 29/03/2023 18:24  
USUÁRIO....: PSMACHADO  
ATENDIMENTO: 7666924 DT NASC: 17/01/2011 (12A 2M 11D)  
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
PACIENTE....: 598595 - JULIA FREITAS ROJAS  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 29/03/2023 17:10 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO 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  
JONES  
ANALGESIA  
GELO  
ORIENTAÇÕES  
ATESTADO  
ALTA

*Samuel Machado*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 28.684 / TEOT 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO  
CRM-PR 286.84



Ortopedia

Dados do Atendimento

Atendimento: 7666924 Data/Hora: 29/03/2023 17:10 Prioridade: Baixa  
Paciente: 598595 - JULIA FREITAS ROJAS Sexo: F Nasc.: 17/01/2011 (12a 2m 11d)  
Prestador: 5049 - EDUARA FERNANDES FREGONEIS MOSCARDI Especialidade: 36 - PEDIATRIA  
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: TRAUMA EM MSE HOJE . DOR LOCAL

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: N

Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 105 bpm Temperatura: 36,6 °C

Oncologia

Questionário

|                       |                                                                                          |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nascimento: Distócito | Prótese Dentária? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>   |
| Menarca:              | Bebe Álcool? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>        |
| Últ. Menstruação:     | Fumante? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>            |
| Nº de Partos:         | Dor? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                |
| 1º Congresso Sexual:  | Câncer na Família? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>  |
| Higiene Bucal: Boa    | Consultou o médico? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> |
| Cidade:               | UF: Hospital:                                                                            |

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: SPO2: 99 %  
PESO: 66.900 KG  
USO CONTINUO:  
MEDICADO HOJE: