

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Caroline Martins Carvalho

Nº da Carteirinha: 11.4.830

Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 28/10/1999

Nº da Guia: 10826



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/04/2023	18:00:00	Ao subir na Van	Translado para EJC

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Joelho Esquerdo

Descrição

Aluna relata que estava participando do EJC e no traslado até o local, ao subir na van o pé travou na escada prendendo a perna e o joelho "virou", relata que sentiu uma muito forte no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Marco Antonio	(45) 99808-3698

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joserlania Pazette	17/04/2023

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 local, relata dor e dificuldade para se locomover. Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Assinatura de Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - 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/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 7700188

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - N.º Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Sanha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

ANA CAROLINE MARTINS CARVALHO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

114830

Dados do Solicitante

13 - Código do 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

PLANTAO LEONARDO BENI GOMES

06

43499

41

225125

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Carteira do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

17/04/2023

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

1 22 10101039

Consulta em pronto socorro

27 - Ql.Solic. 28 - Ql.Autoriz.

1

0

Dados do Contratado Específico

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9366230

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 - Téc.

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

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

RNA CAROLINE MARTINS CARVALHO
Pront: 523198
Dt. Atend: 17/04/2023
CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLINI
PRONTO ATENDIMENTO HBSH

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Saúde

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 do Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: DTT/SDUA

Data/Hora: 17/04/2023 14:54:18

Contat/Colo: 7700188

Atendimento: 7700188

Contênte: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7700188

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PRESCRIÇÃO.: 7438015 DATA: 17/04/2023 17:11
USUÁRIO....: PPAPETRI
ATENDIMENTO: 7700188 DT NASC: 28/10/1999 (23A 5M 20D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 523198 - ANA CAROLINE MARTINS CARVALHO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/04/2023 14:52 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO LEONARDO BENI GOMES SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT...: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERE MAL JEITO EM JOELHO ESQUERDO HÁ 4 DIAS. NEGA OUTRAS QUEIXAS.

BEG, AAA, LOTE, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO. GLASGOW 15.
SEM DEFICTS FOCAIS.

AC: BCRNF EM 2T SEM SOPRO.

AP: MV PRESENTE BILATERALMENTE SEM RA.

OROSCOPIA: S/P.

ABD: FLÁCIDO, RHA +, INDOLOR A PALPAÇÃO, DESCOMPRESSÃO BRUSCA NEGATIVA, BLUMBERG NEGATIVO,
GIORDANO NEGATIVO, MURPHY NEGATIVO, ROVSING NEGATIVO.

MMII: SEM EDEMA, PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS, SEM SINAIS DE TROMBOSE. BANDEIRA - // BANCROFT - //

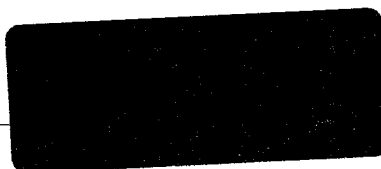
HOMANS -.

MMSS: SEM EDEMA, PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

CD
SINTOMATICOS
ORIENTO SINAIS DE ALARME.

Dr. Pedro A. Petri
MÉDICO
CRM-PR 51461

PLANTAO PEDRO AUGUSTO PETRI
CRM-PR: 51461



[Handwritten signature]
[Handwritten number 2]

Dados do Atendimento

Atendimento: 7700188 Data/Hora: 17/04/2023 14:52 Prioridade: Baixa
Paciente: 523198 - ANA CAROLINE MARTINS CARVALHO Sexo: F Nasc.: 28/10/1999 (23a 5m 20d)
Prestador: 5017 - PLANTAO LEONARDO BENI GOMES Especialidade: 98 - CLINICO GERAL
Origem: 96 - PRONTO ATENDIMENTO HBSM Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒
Queixa principal: RELATA MAL JEITO EM JOELHO ESQUERDO APÓS SUBIR EM UMA VAM HÁ 4 DIAS

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 99% FR 16 DOR 3

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 126 x 74 mmHG Pulso: 75 bpm Temperatura: 36,5 °C

Oncologia

Questionário

Nascimento: Distócito	Prótese Dentária? Sim ☐ Não ☒
Menarca:	Bebe Álcool? Sim ☐ Não ☒
Últ. Menstruação:	Fumante? Sim ☐ Não ☒
Nº de Partos:	Dor? Sim ☐ Não ☒
1º Congresso Sexual:	Câncer na Família? Sim ☐ Não ☒
Higiene Bucal: Boa	Consultou o médico? Sim ☐ Não ☒
Cidade:	UF: Hospital: AZUL

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: