

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Alice Sampson Hofeman Cruz

Nº da Carteirinha: 11.1.12909

Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 28/02/2008

Nº da Guia: 11026

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
27/04/2023	15:00:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	5º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna relata que estava na aula de educação física, jogando voley e ao recepcionar uma bola, a mesma bateu no 5º dedo da mão esquerda, virando o para trás.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Profª Daiane Ferreira	(44) 9710-4168

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfª Gilberto	27/04/2023

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 discreta edema e hematoma 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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 11026

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data Validade da Sentença

7 - Numero da Guia Atribuido pelo Operadora

8 - Numero da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ALICE SAMPSON H CRUZ

11 - Numero do Cartão Profissional

12 - Atendimento a RV

11112909

13 - Código de Operadora

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Numero no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql. Sólido

28 - Ql. Autoriz.

1

22

10101039

Consulta em pronto socorro

1

0

Dados do Contratado

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 do Acidente (Acidente ou Doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Encaminhamento / 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 / Acordo

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Examinado(a)

48 - Seg. Prof.

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Numero no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - 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 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 -

59 -

60 -

61 -

62 -

63 -

64 -

65 -

66 -

67 -

68 -

69 -

70 -

71 -

72 -

73 -

74 -

75 -

76 -

77 -

78 -

79 -

80 -

81 -

82 -

83 -

84 -

85 -

86 -

87 -

88 -

89 -

90 -

91 -

92 -

93 -

94 -

95 -

96 -

97 -

98 -

99 -

100 -

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total da OPM (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: EPMBONADO

Data/Hora: 28/04/2023 14:47:00

Contato: 7122252

Atendimento: 7122252

Contato: INST. ADVENTISTA-HAP

7722252



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

2 - Nº Guia no Prestador 11026

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validada da Sembr

7 - Número da Guia Arquivado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

11112909

ALICE SAMPSON H CRUZ

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

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql.Solic

28 - Ql.Autoriz

2

29/04/2023

2

22

40803120

30722420

RX - Mão ou quitodactilo

Fraturas e/ou luxações de falanges (interfalangeanas) - reducao incruce

1

22

40803120

30722420

RX - Mão ou quitodactilo

Fraturas e/ou luxações de falanges (interfalangeanas) - reducao incruce

1

22

1

22

40803120

30722420

RX - Mão ou quitodactilo

Fraturas e/ou luxações de falanges (interfalangeanas) - reducao incruce

1

22

40803120

30722420

RX - Mão ou quitodactilo

Fraturas e/ou luxações de falanges (interfalangeanas) - reducao incruce

1

22

40803120

30722420

RX - Mão ou quitodactilo

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlida

43 - Via

44 - Têc

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

9365230

31 - Código CNES

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Ht. Inicial

38 - Ht. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlida

43 - Via

44 - Têc

45 - Ql.Tec / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

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 - 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 Autógrafos (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Total de Taxas e Autógrafos (R\$)

70 - Total Taxas de Materiais (R\$)

71 - Total de CPME (R\$)

72 - Total de Medicamentos (R\$)

73 - Total Gases Médicos (R\$)

74 - Total Geral (R\$)

Impresso por: AMMORAS

Data/Hora: 29/04/2023 23:32:54

Controle: 772252

Atendimento: 772252

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

7722252



Atendimento:	7722252	Pedido:	2735180	Ac. Number:	3418431
Registro / Nome:	ALICE SAMPSON H CRUZ				
Data de Nascimento:	28/02/2008	Idade:	15 anos, 2 meses e 0 dia	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	28/04/2023 16:11:00			Laudado:	02/05/2023
					11:26:19
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	LUAN CELSO GONCALVES R				

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7466093 DATA: 28/04/2023 16:10
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 7722252 DT NASC: 28/02/2008 (15A 1M 30D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 601484 - ALICE SAMPSON H CRUZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/04/2023 14:46 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
COBERTURA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA MÃO ESQUERDA JOGANDO VOLEI

DOR 5ºQDE

CD;
- RX

7722252

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						
Justificativa.: AP + PERFIL 5ºQDE							

VISITA HOSPITALAR

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

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR 31.517 / TEOT 15107

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31517

PRESCRIÇÃO.: 7466174 DATA: 28/04/2023 16:36
USUÁRIO.....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 7722252 DT NASC: 28/02/2008 (15A 1M 30D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 601484 - ALICE SAMPSON H CRUZ
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/04/2023 14:46 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
COBERTURA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX COM FRATURA SEM DESVIO FALANGE DISTAL

CD
ORIENTAÇÕES
TALA METALICA
ANALGESIA
RETORNO AMBULATORIAL

7722252

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MATERIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 TALA ALUMINIO MEDIA 16 MM X 18 CM	1	UNIDADE				[28/04] . 16:36

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 FRATURA DE FALANGE DE MAO - TRAT CONSERVADOR	1					[28/04] . 16:36

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR 31517
PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31517



Cartão

Dados do Atendimento

Atendimento: 7722252 Data/Hora: 28/04/2023 14:46 Prioridade: Baixa
Paciente: 601484 - ALICE SAMPSON H CRUZ Sexo: F Nasc.: 28/02/2008 (15a 1m 29d)
Prestador: 6345 - PLANTAO MAYARA THAIS NAKANO RODRIGUES Especialidade: 11 - CIRURGIA GERAL
Origem: 98 - PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM Serviço: 1 - CLINICA MEDICA

Clínica

Admissão

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

Queixa principal: REFERE FRATURA EM 5 QUIRODACTILO DA MÃO ESQUERDA

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT 100 FR 18 DOR 3

Alergias: NEGA

jogando vôlei
5 dedo m^{ão} (E)

Sinais Vitais

P.A.: 103 x 72 mmHG Pulso: 70 bpm Temperatura: 36,4 °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: VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: