

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Sophia Braga Gerardo

Nº da Carteira: 4.31.6291

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 20/02/2014

Nº da Guia: 11565

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/05/2023	11:34:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Torção

Partes do corpo

5º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna torceu o dedo durante pratica esportiva.

Testemunha da ocorrência

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Telefone

(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros

Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues

Data

29/05/2023

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

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 (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 11565

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validada na Sentia

7 - Número da Guia Arbulada pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

4316291

SOPHIA BRAGA GERARDO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

898004129626509

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

16452133829

14 - Nome do Contratado

ANDRE ALBERTI CASADEI

15 - Nome do Profissional Solicitante

ANDRE ALBERTI CASADEI

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

38632

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. Andre Alberti Casadei
Otorrinolaringologista
CRM-SP 38.632

Dados da Solicitação: Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Correlor do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

31/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1 22 40803120

25 - Código do Procedimento ou

26 - Descrição

RX - Mão ou quiroductailio

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Autoriz.

0

Dados do Contrato e Execução

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 (caso de emergência)

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 - Têc.

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Cr. 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 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 CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: AMMORAS

Data/Hora: 31/05/2023 07:36:34

Controlador: 7775923

Atendimento: 7775923

Convênio: CLINICA ADJUVANTISTA - CLAC

7775923

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

2 - Nº Guia no Prestador 11565

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

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

4316291

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

SOPHIA BRAGA GERARDO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

898004129626509

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 JOAO PAULO DA SILVA SANTOS

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

34162

18 - UF

41

19 - Código CBO

225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

29/05/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

10101039

26 - Descrição

Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Autoriz.

0

Dados do Operador Específico

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código ONES

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 da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cide

43 - Via

44 - Têc.

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - 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 OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicamentos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

7775923



Atendimento:	7775923	Pedido:	2754572	Ac. Number:	3443149
Registro / Nome:	SOPHIA BRAGA GERARDO				
Data de Nascimento:	20/02/2014	Idade:	9 anos, 3 meses e 9 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	29/05/2023 13:23:00			Laudado:	01/06/2023
					16:20:59
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	ANDRE ALBERTI CASADEI				

RX - MÃO DIREITA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7544038 DATA: 29/05/2023 13:21
USUÁRIO....: AACASADEI
ATENDIMENTO: 7775923 DT NASC: 20/02/2014 (9A 3M 7D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 362733 - SOPHIA BRAGA GERARDO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 29/05/2023 12:35 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

queda da propria altura com trauma direto em 5 dedo mao direita

efo:

pele integra
edema +/-
fm preservada

adm preservado
neurovascular rpreservado

pt
raio x
analgesia
orientações

7775923

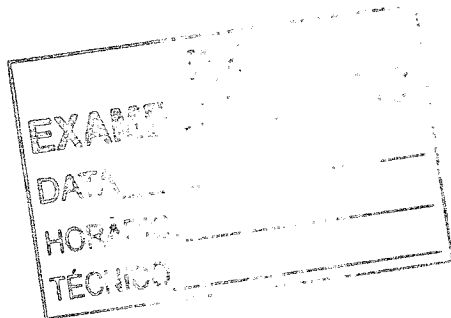
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1					
Justificativa.: ap + p 5 dedo						
Obs.: direita						

VISITA HOSPITALAR

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



ANDRE ALBERTI CASADEI
CRM-PR: 38632

ORTO

Dados do Atendimento

Atendimento: 7775923 Data/Hora: 29/05/2023 12:35
Paciente: 362733 - SOPHIA BRAGA GERARDO
Prestador: 6182 - PLANTAO JOAO PAULO DA SILVA SANTOS
Origem: 74 - PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM

Prioridade: Baixa
Sexo: F Nasc.: 20/02/2014 (9a 3m 7d)
Especialidade: 36 - PEDIATRIA
Serviço: 37 - CLINICA PEDIATRICA

Clínica

Admissão

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

Queixa principal: RELATA QUEDA DA PRÓRIA ALTURA, ENTORSE EM DEDO MÍNIMO DE MÃO DIREITA, LOCAL COM EDEMA.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: N

Alergias: N

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 82 bpm Temperatura: 36,6 °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:

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: SPO2: 98%
PESO: 40,5 KG
MED CONT: N
MED HOJE: N

Beatriz C. de M. Brito
Enfermeira
COREN-PR 625395