

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ester Daniely da Silva Campos
Nº da Carteirinha: 11.4.12553
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 26/11/2003

Nº da Guia: 11566



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/05/2023	14:30:00	Pátio	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Pisou no buraco	Perna Esquerda

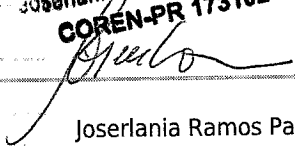
Descrição
Aluna relata que estava saindo para um trabalho missionário, quando pisou em um buraco.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Daniel	(44) 99927-2187

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Júnior	20/05/2023

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
Apresenta hematoma e equimose e relata dor no local. Solicito avaliação médica e conduta

Ass.: 
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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador **11566**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Sanha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

11412553

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

N

Dados do Solicitante

14 - Nome do Contratado

13 - Código da Operadora

23876304000112 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT

16 - Conselho Profissional

06

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 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

29/05/2023

23 - Indicação Clínica

27 - Qt. Solic. 28 - Qt. Autoriz.

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição
1 22 10101039 Consulta em pronto socorro

1

0

Dados do Contratado / Executante

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código ONES

9366230

Dados do Atendimento

33 - Indicação de Acidente (paciente 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 - Tdc 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seg. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPP

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 -

36 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de OFME (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

Impresso por: DTTSLDA

Data/Hora: 29/05/2023 13:52:25

Contabiliz.: 7770133

Atendimento: 7776133

Convenho: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7776133

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 7776133 **Prontuário:** 596636 **SAME:** **Hora Atend:** 13:50 **Data Atend:** 29/05/2023
Paciente..... : ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS **Idade:** 19 a
Endereço..... : RUA GLEBA
Bairro..... : CENTRO **UF...:** PR **CEP:** 87140970
Cidade..... : PAICANDU **Plano....:** CLINICA ADVENTISTA ENFERM
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC
CID Principal..... : Z532 - PROCEDIMENTO NAO REALIZADO DEVIDO A DECISAO DO PACIENTE POR OUTRAS RAZOES E
CID's Secundários. :
Resultado..... : NAO RESPONDEU AO CHAMADO
Data Saída..... : 29/05/2023 **Hora Saída :** 16:21

Prestador da Evolução Médica:

PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT

PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT / 41325
CLINICA GERAL

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

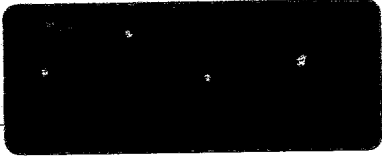
Atendimento..... : 7776133 **Prontuário:** 596636 **SAME:** **Hora Atend:** 13:50 **Data Atend:** 29/05/2023
Paciente..... : ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS **Idade:** 19 a
Endereço..... : RUA GLEBA
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : PAICANDU **UF...:** PR **CEP:** 87140970
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC **Plano....:** CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal.....: R520 - DOR AGUDA
CID's Secundários. :
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA **Hora Saída :** 16:21
Data Saída..... : 29/05/2023

Prestador da Evolução Médica:

PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT

PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT / 41325
CLINICA GERAL

DLTA



PSC

Dados do Atendimento

Atendimento: 7776133 Data/Hora: 29/05/2023 13:50 Prioridade: Baixa
Paciente: 596636 - ESTER DANIELY DA SILVA CAMPOS Sexo: F Nasc.: 26/11/2003 (19a 6m 2d)
Prestador: 5269 - PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT Especialidade: 15 - CLINICA 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: PCT RELATA QUEDA COM TRAUMA EM MIE Á 15 DIAS. HOJE RELATA HEMATOMA PERSISTENTE NO LOCAL.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N
Úlcera: N
Hipertensão: N
Asma: N
Outros: SAT:100%
Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 100 x 70 mmHG Pulso: 82 bpm Temperatura: 36 °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: V3ERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?
Medicações:
Antecedentes Patológicos:
Histórico da Doença:
Observações: