

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Lindah Mariana Neris
Nº da Carteira: 4.31.5910
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 02/03/2013

Nº da Guia: 12537

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
03/08/2023	10:33:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Antebraço Direito, Mão Direita

Descrição

Aluna se chocou com outro aluno na educação física e caiu e esta com o pulso inchado e com dor.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	03/08/2023

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

Impresso por: Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

1 de 1

3/08/2023 10:47

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

2 - Nº Guia no Prestador **12537**

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

8 - Nome do Beneficiário 9 - Validade da Carteira 10 - Nome 11 - Número da Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RN
4315910 LINDAH MARIANA NERIS N

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
VINICIUS MEDINA GUIMARAES 06 4.0959 41 225270

21 - Caracter do Atendimento 22 - Data da Solicitação 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.
2 10/08/2023 23 - Indicação Clínica 24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.
1 22 10101039 Consult ta em pronto socorro 1 0

29 - Código na Operadora 30 - Nome do Contratado 31 - Código ONES
23876304000112 HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A 9365230

32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Acidente (paciente ou doença reincidente) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - % Red / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s) 48 - Seq. Ref. 49 - Gr. Pat 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBO

55 - 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 Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

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

2 - Nº Guia no Prestador **12537**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LINDAH MARIANA NERIS

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

4315910

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

VINICIUS MEDINA GUIMARAES

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

4.0959

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

12/08/2023

23 - Indicação Clínica

CR m 40959

24 - Tabela

1 22 40803112

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

RX - Punho

27 - Qt. Solic.

1

28 - Qt. Autoriz.

0

Dados do Contrato Executante

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 (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 - Cite

43 - Via

44 - Tão

45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Escalonado(s)

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

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

38 - 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 Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: AMMORAIS

Data/Hora: 12/08/2023 19:25:42

Cartão/Lote: 7894827

Atendimento: 7894827

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

78.94827



Atendimento:	7894827	Pedido:	2797467	Ac. Number:	3498565
Registro / Nome:	LINDAH MARIANA NERIS				
Data de Nascimento:	02/03/2013	Idade:	10 anos, 5 meses e 1 dia	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	03/08/2023 11:55:00			Laudado:	08/08/2023 09:49:59
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	VINICIUS MEDINA GUIMARAES				

RX - PUNHO ESQUERDO (AP/PERFIL)

Estrutura óssea conservada.

Espaços e superfícies articulares ósseas preservados.

Não se observam concreções radiopacas em tecidos moles periarticulares.

Não se observam fraturas desviadas ao método.

R JULIANA POLLA REINHEIMER

CRM- 52347

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 7701413 DATA: 03/08/2023 11:53
USUÁRIO.....: VMGUIMARAES
ATENDIMENTO: 7894827 DT NASC: 02/03/2013 (10A 5M 2D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 610229 - LINDAH MARIANA NERIS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/08/2023 11:36 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

7894827

PRESCRIÇÃO MÉDICA

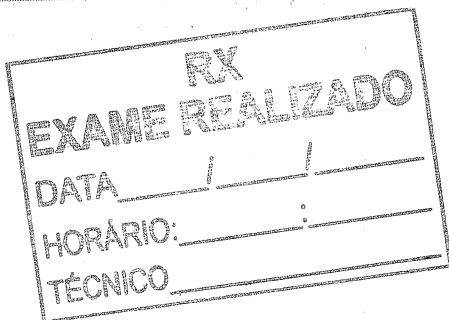
EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS	1						

Justificativa: *ESQ.*

VISITA HOSPITALAR

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



2
VINICIUS MEDINA GUIMARAES
CRM-PR: 4.0959

PRESCRIÇÃO.: 7701434 DATA: 03/08/2023 12:01
USUÁRIO.....: VMGUIMARAES
ATENDIMENTO.: 7894827 DT NASC: 02/03/2013 (10A 5M 2D)
CONVÊNIO.....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE.....: 610229 - LINDAH MARIANA NERIS
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/08/2023 11:36 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

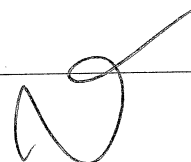
Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

RAIO X SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO NO MOMENTO

PLANO TERAPEUTICO:
ALTA COM ANALGESIA
ATESTADO 1 DIA
GELO NO LOCAL
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS



VINICIUS MEDINA GUIMARAES
CRM-PR: 4.0959

Dados do Atendimento

Atendimento: 7894827 Data/Hora: 03/08/2023 11:36 Prioridade: Baixa
Paciente: 610229 - LINDAH MARIANA NERIS Sexo: F Nasc.: 02/03/2013 (10a 5m 2d)
Prestador: 4214 - PLANTAO JOYCE APARECIDA F DE MELLO 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: MÃE RELATA QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO, DESDE ENTÃO CRIANÇA APRESENTA ALGIA NO LOCAL

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SAT:100%

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: Pulso: 95 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: VERDE

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: SPO2:100 %
PESO: 48 KG
MED CONT:
MED HOJE: SPRAY E GELO NO LOCAL APÓS QUEDA.