

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Bianca Leite Alves do Monte
Nº da Carteira: 4.31.5834
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 16/09/2017

Nº da Guia: 12669



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
10/08/2023	16:02:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Direito

Descrição

Aluna estava no pátio correu para pegar a lancheira e torceu o pulso.

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

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	10/08/2023

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

Aluna foi atendida pelo coordenador disciplinar que fez o atendimento junto com a professora. Foi feita a imobilização do braço. E feito o contato com o responsável.

Ass.:

Anselmo Silva Santos

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 12669

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

BIANCA LEITE ALVES DO MONTE

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

4315834

Dados do Solicitante

14 - Nome do Contratado

PLANTAO ALDRY SOUREN HELUANI MELO

13 - Código da Operadora
30646785826

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO ALDRY SOUREN HELUANI MELO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

32844

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

10/08/2023

23 - Indicação Clínica

Domus melhoos

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

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 de 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 - Tpc.

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

47 - Valor Total (R\$)

Identificação dos Profissionais Essenciais

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

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

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 de Materiais (R\$)

62 - Total do 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: GFSILVA

Data/hora 10/08/2023 16:48:37

Controle 7907473

Atendimento 7907473

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - OLAC

7907473

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

2 - Nº Guia no Prestador 12669

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal
----------------------------	------------------------

4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data Válida da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	-----------	--------------------------	---

Dados do Beneficiário		8 - Número da Carteira 4315834		9 - Validade da Carteira	10 - Nome BIANCA LEITE ALVES DO MONTE	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Assinatura a RV 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 SAMUEL MACHADO		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 28684	18 - UF 41	19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		21 - Cardior do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 11/08/2023	23 - Indicação Clínica	
---	--	----------------------------------	--	--	------------------------	--

24 - Tabela		25 - Código do Procedimento ou Item Anexo 22 40803112	26 - Descrição RX - Punho	27 - Ql. Solic. 1	28 - Ql. Autoriz. 0
-------------	--	--	------------------------------	----------------------	------------------------

Dados do Contratado 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 da Ação (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 - Tdc.	45 - % Red. / Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
---	--	-----------	--	------------------	----------------	-------------	-----------------------------	----------------	------------	----------	-----------	-----------------------	---------------------------	------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(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	54 - Código CBO
--	--	----------------	----------------	------------------------------	---------------------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data da Realização do 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 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		69 - Assinatura do Contratado	
Impresso por: KBB SILVA		Data/Hora: 11/08/2023 10:51:04		Conta/Lote: 7907473		Atendimento: 7907473	
				Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC			

7907473



Atendimento:	7907473	Pedido:	2802108	Ac. Number:	3504610
Registro / Nome:	BIANCA LEITE ALVES DO MONTE				
Data de Nascimento:	16/09/2017	Idade:	5 anos, 10 meses e 24 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	10/08/2023 17:39:00			Laudado:	14/08/2023 16:35:19
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - PUNHO DIREITO (AP/PERFIL)

Fratura incompleta e sem comprometimento articular do radio distal.

R JULIANA POLLA REINHEIMER

CRM- 52347

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 7718685 DATA: 10/08/2023 17:39
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7907473 DT NASC: 16/09/2017 (5A 10M 24D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 610863 - BIANCA LEITE ALVES DO MONTE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/08/2023 16:49 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

7907473

PRESCRIÇÃO MÉDICA

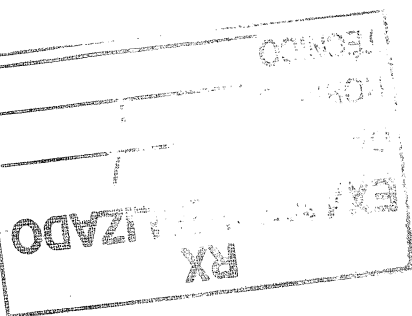
EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

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

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84



PRESCRIÇÃO.: 7718717 DATA: 10/08/2023 18:00
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7907473 DT NASC: 16/09/2017 (5A 10M 25D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 610863 - BIANCA LEITE ALVES DO MONTE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/08/2023 16:49 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

QUEDA DO MESMO NIVEL COM TRAUMA DIRETO EM REGIAO DE PUNHO DIREITO
EVOLUINDO COM DOR E LEVE EDEMA LOCAL

AUSENCIA DE CREPTAÇÃO / NEUROVASCULAR PRESERVADO / LEVE DOR A PALPAÇÃO DE RADIO DISTAL A DIREITA

RX EVIDENCIANDO FRATURA DE RADIO DISTAL A DIREITA - TRATAMENTO CONSEVADOR COM TALA GESSADA

PT
RETORNO AMBULATORAL EM 02 SEMANAS COM ORTOPEDIATRIA
ANALGESIA
ORIENTAÇÕES GERAIS
TALA GESSADA

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84