

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 7976546000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000 3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização 20/09/2023 5 - Semia 13467

6 - Número da Carteira 114972 9 - Validade da Carteira 01/12/2023 10 - Nome PABLYNE TABATTA FERREIRA FALCAO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RM 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 - Caracter do Atendimento 2 22 - Data da Solicitação 20/09/2023 23 - Indicação Clínica

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 26 - Descrição 27 - QI Solic. 28 - QI Autoriz.

Dados do Contratado Eficiente 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 04 33 - Indicação da Acidente (acidente ou doença relacionada) 9 34 - Tipo de Consulta 1 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução, Procedimentos e Exames Realizados 36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição 42 - Qlde. 43 - Via 44 - Têc. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total

48 - Sg. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Sítio 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 58 - Assinatura do Responsável pela Autorização

59 - Total de Procedimentos (R\$) 135,64 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00 61 - Total de Materiais (R\$) 0,00 62 - Total de OPME (R\$) 0,00 63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00 64 - Total de Gases Médicinas (R\$) 0,00 65 - Total Geral (R\$) 135,64

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Pablyne Tabatta Ferreira Falcão

Nº da Carteirinha: 11.4.972

Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 29/03/2002

Nº da Guia: 13467



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
12/09/2023	13:00:00	Dormitório (Ex.: residencial)	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito

Descrição

Aluna relata que estava descendo as escadas do residencial e não viu o último degrau, escorregou, virando o pé e caiu. Relata que sentiu uma dor intensa no momento.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Laisa	(44) 99700-8676

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joserlania Pazette	20/09/2023

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

Realizou um tratamento com gelo e dolomita, sem melhora. Encaminho para avaliação médica e conduta.

Ass.: _____

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

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 13467

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

6 - Data Validade da Sentia

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

8 - Numero da Carteira
0000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
PABLYNE TABATTA FERREIRA FALCAO

11 - Numero do Cartão Nacional de Saúde

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
SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional
06

17 - Numero no Conselho
28684

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data de Solicitação
20/09/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22

25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

27 - Qt. Solic. 1

28 - Qt. 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 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 - Qtd. 43 - Via 44 - Téc.

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

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part.

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 do 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 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: MSMEDES

Data/Hora: 20/09/2023 13:37:13

Contat./Cde: 7976546

Atendimento: 7976546

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7976546

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

2. Nº Guia no Prestador 13467

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

8 - Número da Carteira
0000

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
PABLYNE TABATTA FERREIRA FALCAO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

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
SAMUEL MACHADO
16 - Conselho Profissional
06
17 - Número no Conselho
28684
18 - UF
41
19 - Código CBO
225270
20 - Assinatura do Profissional Solicitante
qm 28684

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados
21 - Caracter do Atendimento
2
22 - Data da Solicitação
21/09/2023
23 - Indicação Clínica
24 - Tabela
1
25 - Código do Procedimento
22
26 - Descrição
RX - Pe ou pododactilo
27 - Qt. Solic.
1
28 - Qt. Autoriz.
0

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

Identificação dos Profissionais Específicos
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
1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-
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



Atendimento: 7976546 Pedido: 2827481 Ac. Number: 3537622
Registro / Nome: PABLYNE TABATTA FERREIRA FALCAO
Data de Nascimento: 29/03/2002 Idade: 21 anos, 5 meses e 21 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 20/09/2023 13:47:00 Laudado: 27/09/2023
16:12:01
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: PLANTAO SAMUEL MACHADO

RX - PÉ DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7814846 DATA: 20/09/2023 13:44
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7976546 DT NASC: 29/03/2002 (21A 5M 23D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 496423 - PABLYNE TABATTA FERREIRA FALCAO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/09/2023 13:36 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

ENTORSE DE TORNOZELO D COM QUEDA DA PROPRIA ALTURA E TRAUMA EM TORNOZELO D HÁ 1 SEMANA

PELE INTEGRAL
EDEMA EM REGIÃO INFERIOR A ML
NEUROVASC PRESERVADO
DEAMBULA COM AUXILIO

PT
RX

7976546

PRESCRIÇÃO MÉDICA

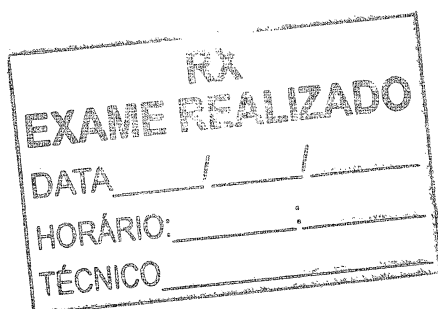
EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	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.: 7814940 DATA: 20/09/2023 14:21
USUÁRIO.....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7976546 DT NASC: 29/03/2002 (21A 5M 23D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 496423 - PABLYNE TABATTA FERREIRA FALCAO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/09/2023 13:36 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

PT
ANALGESIA
ORIENTAÇÕES
RETORNO AMBU SE NECESSARIO
ALTA

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84