

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Livia Leal Rodrigues
Nº da Carteirinha: 11.1.9962
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 03/06/2012

Nº da Guia: 13821

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
05/10/2023	16:10:00	Escolar	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda

Descrição
Monitor relata que aluna estava saindo do intervalo para a sala de aula, quando um outro aluno vinha correndo chocando-se com a mesma. Ele caiu por cima dela, e a mesma bateu a mão esquerda no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Bill Clinton	(44) 98462-1661

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joserlania Pazette	05/10/2023

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 edema e hematoma no 2º dedo da mão Esquerda, dificuldade para movimentar e relata dor intensa ao exame físico e a movimentação. 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 13821

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sanha

6 - Data Validade da Sanha

7 - Número da Guia Attribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

LIVIA LEAL RODRIGUES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

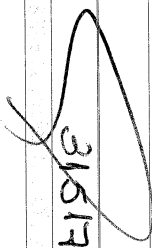
15 - Nome do Profissional Solicitante
ANA GABRIELA COELHO BONANNI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
45184

18 - UF
41

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante


Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
05/10/2023

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 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 - Cide 43 - Via 44 - Tec.

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

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 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: OEBONASSOLI

Data/Hora: 05/10/2023 20:59:44

Contato/Lote: 8006073

Atendimento: 8006073

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8006073

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

2 - Nº Guia no Prestador- 8006073

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data Validade da Semha

7 - Número de Guia Atribuído para Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade via Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

1119962

LIVIA LEAL RODRIGUES

N

Dados do Solicitante

13 - Código de 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

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES

06

31.517

41

225270

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

06/10/2023

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Anestésico

26 - Descrição

27 - Qt. Solic.

28 - Qt. Autoriz.

1

22

40803120

RX - Mao ou quirodactilio

1

0

2

22

30712092

Luva

1

0

3

22

30722420

Fraturas e/ou luxacoes de falanges (interfalangeanas) - reducao incorue

1

0

4

22

30722420

Fraturas e/ou luxacoes de falanges (interfalangeanas) - reducao incorue

1

0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9366230

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 Encaminhamento / 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 - Tec.

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

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 -

1

3 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

2 -

1

4 -

6 -

8 -

10 -

10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPMIE (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: TCRFEITAS

Data/Hora: 06/10/2023 00:39:05

Contat.Cte: 8006073

Atendimento: 8006073

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8006073



Atendimento:	8006073	Pedido:	2837682	Ac. Number:	3550947
Registro / Nome:	LIVIA LEAL RODRIGUES				
Data de Nascimento:	03/06/2012	Idade:	11 anos, 4 meses e 2 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	05/10/2023 21:23:00			Laudado:	13/10/2023
					16:53:06
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	LUAN CELSO GONCALVES R				

RX - MÃO ESQUERDA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7853180 DATA: 05/10/2023 21:56
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8006073 DT NASC: 03/06/2012 (11A 4M 3D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 615364 - LIVIA LEAL RODRIGUES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/10/2023 20:58 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX COM FRATURA DE FALANGE PROXIMAL INDICADOR ESQUERDO

CD:
- ORIENTAÇÕES
- REDUÇÃO INCRUENTA + IMOBILIZAÇÃO GESSADA
- ANALGESIA
- RETORNO AMBULATORIAL

8006073

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 FRATURA DE FALANGE DE MAO - TRAT CONSERVADOR	1					[05/10] . 21:56
3 FRATURA DE FALANGE DE MAO - RED INCRUENTA	1					[05/10] . 21:56
4 IMOBILIZACAO LUVA GESSADA	1					[05/10] . 21:56

VISITA HOSPITALAR

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

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR: 31.517-7
PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517

PRESCRIÇÃO.: 7853155 DATA: 05/10/2023 21:22
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 8006073 DT NASC: 03/06/2012 (11A 4M 3D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 615364 - LIVIA LEAL RODRIGUES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 05/10/2023 20:58 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUAN CELSO GONCALVES SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA MÃO ESQUERDA
ADM COMPLETA
SEM CREPITAÇÕES OU DEFORMIDADES
NEUROVASCULAR OK

CD;
- RX

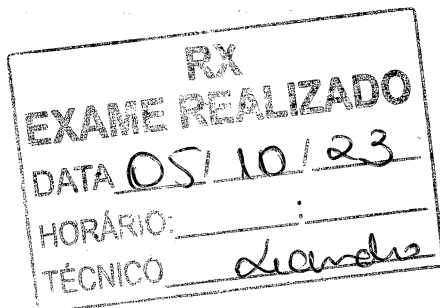
8006073

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						

Justificativa.: ESQ



PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31.517