

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Cintia Helena Marques Costa Bezerra
Nº da Carteira: 11.4.124419
Instituição: FAP - Ensino Superior



Data de Nascimento: 14/05/2005

Nº da Guia: 16735

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
07/04/2024	14:00:00	Trillife (rio)	Trillife

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Perna Direita

Descrição

Aluna relata torção em MID em atividade do trillife. Apresenta hematoma e dor intensa. Aplicado gelo e dolomita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Lara	(69) 99213-4590

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Junior	08/04/2024

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

Encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.: _____

Gilberto Junior

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: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

(ficha manual provisória)

Aluno: *Cíntia Helena Marques Costa Bezerra*

RA-124419

Nº da Carteirainha:

Instituição: *FAP - Ensino Superior*

Data de Nascimento: *14/05/2005*

Nº da Guia: Aguardar guia oficial



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
<i>07/04/2024</i>	<i>14:00</i>	<i>Trilife</i>	<i>Trilife</i>

O que aconteceu	Partes do corpo
<i>Torção</i>	<i>Perna D</i>

Descrição

Aluna relata torção de MIO em atividade do Trilife. Apresenta hematoma e dor intensa. Aplicado gelo e dolenita.

Testemunha da ocorrência	Telefone
<i>Lara</i>	<i>(69) 992134590</i>

Quem prestou primeiros socorros	Data
<i>Gilberto</i>	<i>08/04/24</i>

Local de atendimento

HBSM - Hospital Bom Samaritano de Maringá SA | Av. Independência, 31 - Zona 4 | (44)3220-6000

Observações

Tramitação para avaliação médica e conduta.

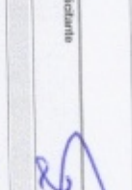
:: Devido a erro no sistema, não foi possível gerar o número da guia. Assim que possível, será entregue ao HBSM a guia oficial com as informações corretas.

Ass.: _____

Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorrrilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal		6 - Data Validade da Seria		7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora	
4 - Data de Autorizacao		5 - Seria		9 - Validade da Carteira		10 - Nome CINTIA HELENA MARQUES COSTA	
Dados do Beneficiario 8 - Numero da Carteira 00022580035		13 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		16 - Conselho Profissional 06		17 - Numero no Conselho 28684	
23876304000112		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		18 - UF 41		19 -Codigo CBO 225270	
Dados de Solicitacao / Procedimentos e Exames Solicitados 21 - Carteira do Atendimento 2		22 - Data da Solicitacao 10/04/2024		23 - Indicação Clínica		20 - Assinatura do Profissional Solicitante 	
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039		26 - Descrição Consulta em pronto socorro		27 - Qx Solic 1	
Dados de Contratação / 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 - H: Inicial 38 - H: Final		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento		41 - Descrição		42 - Qtd 43 - Via 44 - Tec 45 - % Real / Aceite 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)	
Identificação do(a) Profissional(a) Executante(s) 48 - Seq. Rel		49 - Cx. Part		50 - Código na operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
56 - Data de Realização do Procedimento em Série 1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Contratado		59 - Assinatura do Profissional	
59 - Observação / Justificativa		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)		61 - Total Taxas de Materiais (R\$)		62 - Total de OPIE (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: LUBMACHERRI

Data impressa: 10/04/2024 20:25:16

Contato: 03336080

Atendimento: 8336080

Conferência: INET ADVENTISTA-AP

8336080



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

2 - Nº Guia no Prestador 124419

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

4 - Data de Autuação

5 - Sessão

6 - Data Validade da Sessão

7 - Número da Guia Arbulada pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

00022580035

CINTIA HELENA MARQUES COSTA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

28684

17 - Nome no Conselho

28684

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

11/04/2024

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou

26 - Descrição

40804089

RX - Articulação Elitiotarica (tornozelo)

CINTIA HELENA MARQUES COSTA

Dt. Naso: 14/05/2005 Sx: F

Pront: 630144 Dt: 10/04/2024

INST ADVENTISTA-IMP / COLEGIO MOVA

27 - Cx. Folic

28 - Cx. Autoriz

1

22

40804089

RX - Articulação Elitiotarica (tornozelo)

CINTIA HELENA MARQUES COSTA

Dt. Naso: 14/05/2005 Sx: F

Pront: 630144 Dt: 10/04/2024

INST ADVENTISTA-IMP / COLEGIO MOVA

27 - Cx. Folic

28 - Cx. Autoriz

1

0

Dados do Contratado Encarregado

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação ao Atendimento (incidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Encargos / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

37 - Hr. Inicial

38 - Hr. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Cote

43 - Via

44 - Têc.

45 - % Real / Montec.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Encarregado(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Cx. Part

50 - Código na Operadora/CNPJ

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Assinatura do Contratado

56 - Data de Realização do Procedimento em Sessão

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 CPUE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Exames (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

Impresso por: TCI/REITAS

Data: 11/04/2024 00:30:48

Conta: 0030000

Assinatura: 0030000

Convenio: INST ADVENTISTA-IMP

8336080



Atendimento:	8336080	Pedido:	2950615	Ac. Number:	3696281
Registro / Nome:	CINTIA HELENA MARQUES COSTA				
Data de Nascimento:	14/05/2005	Idade:	18 anos, 10 meses e 25 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	10/04/2024 21:39:00			Laudado:	16/04/2024 15:15:09
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - TORNOZELO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8336080 **Prontuário:** 630144 **SAME:**
Paciente..... : CINTIA HELENA MARQUES COSTA
Endereço..... : COLEGIO ADVENTISTA IAP
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA
Convênio..... : INST.ADVENTISTA-IAP
CID Principal..... : S934 - ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 10/04/2024

Hora Atend: 20:24 **Data Atend:** 10/04/2024
Idade: 18 a

UF..: PR **CEP:** 87130000
Plano...: COLEGIO ADVENTISTA ENFEF

Hora Saída : 22:16

Prestador da Evolução Médica:	SAMUEL MACHADO
--------------------------------------	-----------------------

PRESCRIÇÃO.: 8309954 DATA: 10/04/2024 22:15
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8336080 DT NASC: 14/05/2005 (18A 10M 28D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 630144 - CINTIA HELENA MARQUES COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/04/2024 20:24 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

PLANO TERAPEUTICO:
ALTA COM ANALGESIA
ATESTADO
GELO NO LOCAL
RETORNO S/N
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

PRESCRIÇÃO.: 8309900 DATA: 10/04/2024 21:38
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 8336080 DT NASC: 14/05/2005 (18A 10M 28D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 630144 - CINTIA HELENA MARQUES COSTA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPÓREA:
INTERNAÇÃO.: 10/04/2024 20:24 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

REFERE ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO HA 3 DIAS

EFO
PELE INTEGRAL
SEM EDEMA OU EQUIMOSE LOCAL
DEAMBULANDO SEM AUXILIO

RX REAVALIO APOS

8336080

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: DIR	1						

VISITA HOSPITALAR

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

