

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Amanda Minotti Amaral da Silva

Nº da Carteirinha: 11.4.207128

Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 30/01/2006

Nº da Guia: 18245



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/06/2024	18:00:00	Escada	Deslocamento interno

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Pé Direito

Descrição

Aluna relata que estava subindo a escada, quando escorregou e bateu a ponta do pé na quina da mesma... relata que sentiu uma dor intensa no momento e que não conseguir pisar, apareceu edema imediato.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Mariana	(44) 99977-2503

Quem prestou primeiros socorros	Data
Joserlania Pazette	03/06/2024

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

Apresenta edema e equimose no Halux D. Refere dor intensa ao exame físico. Apresenta dificuldade de mobilidade. Realizado gelo e encaminhado para avaliação médica e conduta.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 473102 - 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 - SP/ISADT

2 - Nº Guia no Prestador 18245

Folha: 1 / 1

1 - Registro AMS
0

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Serfa

6 - Data Validade da Serfa

7 - Número da Guia Autorizado pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
05046492059

9 - Validade da Carteira

10 - Nome Social

10 - Nome

AMANDA MINOTTI AMARAL DA SILVA

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
RAFAEL HOBOLD HIDALGO

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cardior do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

1 22 10101039 Consulta em pronto socorro

50 - Indicador de Cobertura Especial

27 - Ql Solic. 28 - Ql Autoriz

1

0

Dados do Contratado / Executores

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (incluindo ou doença relacionada)

34 - Tipo da Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Rastreamento de atendimento

37 - Saúde Ocupacional

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

38 - Data

39 - Hr. Inicial

40 - Hr. Final

41 - Código do Procedimento

42 - Descrição

43 - Qlde. 44 - Via

45 - Tcc

46 - % Red / Acresc. 47 - Valor Unitário (R\$)

48 - Valor Total (R\$)

Assinaturas (seleção) Prestadores / Executores

49 - Sig. Prof

50 - Gr. Prof

51 - Código na operação/CPF

52 - Nome do Profissional

53 - Conselho Profissional

54 - Número no Conselho

55 - Nome no Conselho

56 - UF

57 - Código CBO

58 - Data de Realização do Procedimento em Série

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Taxas de Valerias (R\$)

62 - Total de CPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Observação / Justificativa

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

69 - Assinatura do Profissional Solicitante

70 - Assinatura do Profissional Solicitante

71 - Assinatura do Profissional Solicitante

72 - Assinatura do Profissional Solicitante

73 - Assinatura do Profissional Solicitante

74 - Assinatura do Profissional Solicitante

75 - Assinatura do Profissional Solicitante

76 - Assinatura do Profissional Solicitante

Impresso por: LCDS/LVA

Data: 03/06/2024 15:06:02

Contato: 8437703

Atendimento: 8437703

Conselho: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8437703

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

2 - Nº Guia no Prestador 18245

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
0

3 - Nr. Guia Principal

5 - Série

6 - Data Validade da Série

7 - Número de Guia Autorizado para Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

05046492059

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

AMANDA MINOTTI AMARAL DA SILVA

11 - Nome Social

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

RAFAEL HOBOLD HIDALGO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

43100

18 - UF

41

19 - Código CBO

225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

CRM 39193

21 - Código do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

10/06/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Indicador de Cobertura Especial

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

40804097

26 - Descrição

PX - Pe ou pododactilio

27 - Ql. Solec.

1

28 - Ql. Autoriz.

0

Dados da Contratada Encarregada

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CIES

9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (incidente ou dano relacionado)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encaminhamento do Atendimento

36 - Regime de atendimento

37 - Serviço Ocupacional

Dados da Encaminhamento e Exames Realizados

38 - Data

37 - H. Inicial

38 - H. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Ql. Solec.

43 - Vls

44 - Tec

45 - % Red / Anest.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Cx. Part

49 - Cx. Part

50 - Código na operadora/CIF

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 Taxas e Ausgus (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total do CPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Gens (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: LMACEDO

Data/hora: 10/06/2024 20:16:30

CNPJ: 06.843.770/3

Atendimento: 8437703

Centro: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

8437703



Atendimento: 8437703 Pedido: 2984760 Ac. Number: 3739139
Registro / Nome: AMANDA MINOTTI AMARAL DA SILVA
Data de Nascimento: 30/01/2006 Idade: 18 anos, 4 meses e 4 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 03/06/2024 15:48:00 Laudado: 05/06/2024
10:36:22
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: JESSE BATISTA CORREA JUNIOR

RX - PÉ DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 8454720 DATA: 03/06/2024 15:46
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8437703 DT NASC: 30/01/2006 (18A 4M 4D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 634564 - AMANDA MINOTTI AMARAL DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/06/2024 15:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

REFERE TRAUMA POR HIPERFLEXAO HÁLUX DIREITO HÁ 1 DIA

AO EFO
PELE INTEGRAL
EDEMA 1+/4 - EQUIMOSE LOCAL
NV PRESERVADO
ADM PRESERVADA

CD
SOLICITO RX
REAVALIO APÓS

8437703

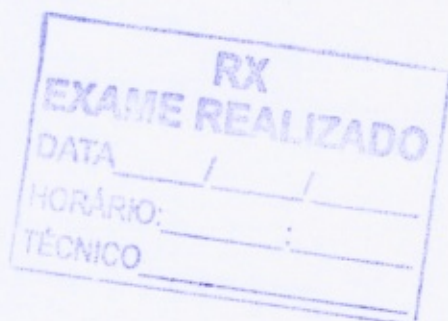
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1						
Justificativa.: TRAUMA							
Obs.: DIREITO							

VISITA HOSPITALAR

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



cm 39.193

JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193

PRESCRIÇÃO.: 8454855 DATA: 03/06/2024 16:32
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8437703 DT NASC: 30/01/2006 (18A 4M 4D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 634564 - AMANDA MINOTTI AMARAL DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 03/06/2024 15:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: RAFAEL HOBOLD HIDALGO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO

CD
ANALGESIA
ATESTADO 2 DIAS
ORIENTAÇÕES
GELO
RETORNO SN

JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193