

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: João Miguel Vello de Andrade

Nº da Carteira: 4.31.6142

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 06/05/2016

Nº da Guia: 20566



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
02/09/2024	14:27:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Lábios, Dentes Superiores

Descrição

O aluno estava na educação física e se chocou com um colega de turma que não havia visto ele. O aluno caiu e bateu a boca e o dente no chão.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Patricia	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geovana	02/09/2024

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

Os responsáveis foram informados do ocorrido e chamados para levar o aluno para o atendimento médico

Ass.:

Geovana Florencio Sansalone

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 20566

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autenticação

5 - Sexo

6 - Data Validade da Sessão

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador

8 - Nome do Beneficiário

9 - Unidade de Contato

10 - Nome

4316142

JOAO MIGUEL VELLO DE ANDREDE

11 - Mãe

12 - Atendimento a RN

13 - Nome do Operador

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

14 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO AMILTON TEIXEIRA LIMA

16 - Conselho Profissional

06

18 - UF

41

JOAO MIGUEL VELLO DE ANDREDE
Dt. Nascimento: 06/05/2016 Sx: M
Pront: 641974 Dt: 02/09/2024
CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLT
8597641

15 - Nome do Profissional Solicitante

2 - 03/09/2024

20 - Indicação Clínica

21 - Código de Procedimento

3 - 10101039

24 - Título

25 - Código de Procedimento ou

26 - Descrição

27 - Dt. Solic.

28 - Qx. Autoriz.

29 - Qx. Autoriz.

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Nome do Contratado

32 - Tipo de Atendimento

33 - Tipo de Consulta

34 - Motivo de Encerramento (se houver)

35 - Data

36 - Y inicial

37 - Y final

38 - Tabela

39 - Código de Procedimento

40 - Descrição

41 - Data

42 - Data

43 - Via

44 - Taxa

45 - % Real. Anonim.

46 - Valor Unidário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Assinatura do Responsável pela Avaliação

49 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

50 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

51 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

52 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

53 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

54 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

59 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

60 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

61 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

62 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

63 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

64 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

65 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

69 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

70 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

72 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

74 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

Impressão por EPSANTOS

Impressão por EPSANTOS

Impressão por EPSANTOS

Impressão por EPSANTOS

Impressão por EPSANTOS

8597641

PRESCRIÇÃO.: 8673605 DATA: 02/09/2024 16:33
USUÁRIO....: PASVIGO
ATENDIMENTO: 8597641 DT NASC: 06/05/2016 (8A 3M 28D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 641974 - JOAO MIGUEL VELLO DE ANDREDE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/09/2024 15:53 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO AMANDA SIMAO VIGO SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do
Médico

8597641

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 CONSULTA HOSPITALAR DIURNA URG/EMERG PEDIATRICA (SRS/SAMA)	1					

Indicação luca
p- anulado
Guia em maio 18h.

ag. av. Buro

Dra. Amanda Vigo
MÉDICA
CRM-PR 43.057
PLANTAO AMANDA SIMAO VIGO
CRM-PR: 43.057

HOSPITAL

HSR 46 - HB5M - GRAFICA PRÁTICA, 44 3244-4922