

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Maysa Silva Braga
Nº da Carteira: 11.4.80942
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 23/02/2003

Nº da Guia: 20536

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
29/08/2024	22:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	3º Dedo Mão Direita

Descrição

Aluna relata que ao disputar em jogo de basquete houve impacto em terceiro dedo da mão direita. Apresenta edema, dificuldade para movimentar o dedo, equimose e algia em articulação em falange proximal e medial. Aplicado gelo, dolomita e realizado imobilização com tala.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Enf. Gilberto	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Gilberto Miranda	30/08/2024

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 G. F. M. JUNIOR
ENFERMEIRO
COREN/PR 15731

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: 15.116.763/0004-12
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 20536

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sembr

6 - Data Validade da Sembr

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MAYSA SILVA BRAGA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
41325

18 - UF
41

19 - Código CBO
225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
CUR M 39193

21 - Código do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
02/09/2024

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Descrição
CONSULTA em pronto socorro

27 - Qx Solic.
1

28 - Qx Autoriz.
0

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNEB
9365230

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Atendimento (excluído ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Qx Solic.
37 - Hx Inicial
38 - Hx Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Qx Solic.
43 - Via
44 - Tbc
45 - % Rod / Autoc.
46 - Valor Unidário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Situação Rel.
49 - Qx Part.
50 - Código na operacional/CPI
51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional
53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Sessão
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimento (R\$)

60 - Total de Taxas e Anuidades (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPVE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Materiais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Ingresso por CCM/MSZ

Data de Emissão: 04/09/2024 13:47:03

Controlador: 8597897

Assinatura: 8597897

Controlador: INST ADVENTISTAS

8597697



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

2 - Nº Guia no Prestador 20536

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal	6 - Data Validação da Sessão	7 - Número da Guia Autorizada pela Operadora
4 - Data de Autuação	5 - Sessão		

8 - Nome do Beneficiário 11480942	9 - Validação da Carteira MAYSA SILVA BRAGA	10 - Nome MAYSA SILVA BRAGA	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
--------------------------------------	--	--------------------------------	---	----------------------------

13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 41325	18 - UF 41	19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante CRM 39193
--	---	---	----------------------------------	----------------------------------	---------------	---------------------------	--

21 - Centro de Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 02/09/2024	23 - Indicação Clínica	24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 40803120	26 - Descrição RX - Mão ou quirodactílio	27 - QI Solic. 1	28 - QI Autoriz. 0
---------------------------------	--	------------------------	--	---	---------------------	-----------------------

29 - Código da Operação 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CIES 9365230
---	---	-----------------------------

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acheitos (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	42 - QIUE 43 - Via 44 - Tec. 45 - % Riol / Acresc. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)
-----------------------	---	-----------------------	--	---

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final	39 - Tabela 40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
---	--	----------------	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização do 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 CPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gases Medicinas (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
--	---------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	----------------------------------	------------------------

66 - Assinatura do Responsável pela Autuação	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado	Impresso por LAMACED	Data/Hora 02/09/2024 20:47:03	Contratado 889797	Atendimento 889797	Código INST ADVERTISTALAP	*85.976.97*
--	--	-------------------------------	----------------------	-------------------------------	-------------------	--------------------	---------------------------	-------------

PRESCRIÇÃO.: 8673625 DATA: 02/09/2024 16:42
USUÁRIO.....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8597697 DT NASC: 23/02/2003 (21A 6M 10D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 641975 - MAYSA SILVA BRAGA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/09/2024 16:15 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA HA 4 DIAS JOGANDO BASTETE EM 3RO QDD
EFO> LEVE EDEM ADM COMPLETA SEM DESVIOS RACIONAIS
NE PRESERVADO
PT: SOLCITO RX E REAVLIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

8597697

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1					
Justificativa.: DIR AP + PERFIL DE 3ER QDD						

VISITA HOSPITALAR

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

RX
EXAME REALIZADO
DATA: ____/____/____
HORÁRIO: ____:____:____
TÉCNICO: _____

CRM 39193
JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193

PRESCRIÇÃO.: 8673779 DATA: 02/09/2024 17:51
USUÁRIO...: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8597697 DT NASC: 23/02/2003 (21A 6M 10D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAF
PACIENTE...: 641975 - MAYSA SILVA BRAGA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 02/09/2024 16:15 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

RAIO X SEM EVIDENCIA DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO NO MOMENTO

PLANO TERAPEUTICO:
ALTA COM ANALGESIA
ATESTADO 45 DIAS DE ATIVIDADES FISICAS
GELO NO LOCAL
RETORNO SE NECESSARIO
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193



Atendimento: 8597697 Pedido: 3044397 Ac. Number: 3813578
Registro / Nome: MAYSA SILVA BRAGA
Data de Nascimento: 23/02/2003 Idade: 21 anos, 6 meses e 9 dias Sexo: F
00:00:00
Pedido do Exame: 02/09/2024 16:43:00 Laudado: 03/09/2024
15:41:19
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: JESSE BATISTA CORREA JUNIOR

RX - MÃO DIREITA

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.


ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA
CRM- PR: 4608