

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Matheus Gabriel da Silva Miranda
Nº da Carteirinha: 4.31.6087
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 26/09/2009

Nº da Guia: 20773



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
09/09/2024	10:49:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Perna Direita, Cabeça

Descrição

Aluno se chocou com outro na educação física e bateu a canela e cabeça. Aluno apresentou sonolência, tontura, náusea, confusão e dor de cabeça.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Jáder Ragazzi de Almeida Rodrigues	09/09/2024

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

Aluno foi atendido pelo coordenador disciplinar que prestou os primeiros atendimentos. Foi feito o contato com o responsável.

Ass.: _____

Jáder Ragazzi De Almeida Rodrigues

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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 20773

Folha: 1 / 1

1 - Recup. ANS
000000

3 - Nº. Guia Principal

6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atrelado pela Operadora

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

Dados do Beneficiário
8 - Número da Carteira
4316087

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA

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

16 - Correlação Profissional
06

17 - Número no Conselho
43100

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

Dados do Solicitante
13 - Código da Operadora
23876304000112

15 - Nome do Profissional Solicitante
RAFAEL HOBOLD HIDALGO

21 - Código do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
10/09/2024

23 - Indicação Clínica
28 - Descrição
Consulta em pronto socorro

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
10101039

26 - Tabela
27 - Quantidade
1

28 - Quantidade
0

MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA
Dt. Nasc: 26/09/2009 Sx. M
Dt. 09/09/2024
Pront: 587311 Dt. 09/09/2024
CLINICA ADVENTISTA - CLAC / CLINIC
8609703

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora
23876304000112

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

31 - Código CNEC
9365230

Dados do Atendimento
32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (Acidente ou Doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Hora Inicial

38 - Hora Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

Dados da Exceção / Procedimento e Exame Realizado

42 - Data

43 - Hora Inicial

44 - Hora Final

45 - Tabela

46 - Código do Procedimento

47 - Descrição

48 - Data

49 - Hora Inicial

50 - Hora Final

Identificação do Profissional Excepcional

49 - Grau Prof

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Correlação Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Sala

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Assinatura do Profissional

59 - Assinatura do Contratado

60 - Assinatura do Contratado

61 - Assinatura do Contratado

62 - Assinatura do Contratado

63 - Assinatura do Contratado

64 - Assinatura do Contratado

65 - Assinatura do Contratado

66 - Observação / Justificativa

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização

68 - Assinatura do Responsável pela Autorização

69 - Assinatura do Responsável pela Autorização

70 - Assinatura do Responsável pela Autorização

71 - Assinatura do Responsável pela Autorização

72 - Assinatura do Responsável pela Autorização

73 - Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Assinatura do Responsável pela Autorização

75 - Assinatura do Responsável pela Autorização

76 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Impressão por: CDA/SP/AS2

Data: 10/09/2024 14:23:29

Contato: 0800703

Atendimento: 0800703

Contato: 0800703

8609703

PRESCRIÇÃO.: 8692008 DATA: 09/09/2024 15:24
USUÁRIO....: RHHIDALGO
ATENDIMENTO: 8609703 DT NASC: 26/09/2009 (14A 11M 15D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 587311 - MATHEUS GABRIEL DA SILVA MIRANDA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/09/2024 13:59 0 DIAS(S) INT

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

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

CIR GERAL / PS

PACIENTE COM PAI, RELATA QUE HOJE TEVE TRAUMA AS 10H30 AO JOGAR FUTEBOL COM TRAUMA DIRETO EM CRANIO COM SONOLENCIA E MAL ESTAR NA HORA. ALEM DE TRAUMA EM TIBIA. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, APENAS VERTIGEM E NAUSEAS NA HORA.

NEGA COMORBIDADES

BEG, LOTE, AAA, EUPNEICO EM AA;
PIFR / GLASGOW 15 / SEM DEFICIT
AP: MV+ BILATERLA SEM RA / AC: BCRNF 2T SEM SOPROS

TCE LEVE

ALTA COM SINTOMATICOS
ORIENTO SINAIS DE ALERTA COM RETORNO SN
ORIENTAÇÕES
ATESTADO

8609703

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

1 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1

Rafael Hobold Hidalgo
CRM-PR: 43100

RAFAEL HOBOLD HIDALGO
CRM-PR: 43100