

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Maria Luiza Molinari Alves Feltosa

Nº da Carteira: 4.31.6182

Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 10/07/2017

Nº da Guia: 21325



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
24/09/2024	09:38:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda, 3º Dedo Mão Esquerda

Descrição

A aluna estava participando da atividade como goleira e a bola ao bater na sua mão, os dedos viraram e ela apresenta dor e inchaço no local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Vanessa Lima	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Vanessa Lima	24/09/2024

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 para avaliar a necessidade de 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



1 - Registro ANS
000000

3 - Nº Guia Principal

4 - Data de Atorização

5 - Setor

6 - Data Validade da Guia

7 - Número da Guia Atualizado pelo Operadora

8 - Nome do Beneficiário

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

MARIA LUIZA MOLINARI ALVES FEITOSA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RV

N

13 - Código de Operadora

23876304000112

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

45480

17 - UF

41

18 - Código CBO

225270

19 - Assinatura do Profissional Solicitante

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carimbo do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabeta

1 22

25 - Código do Procedimento

40803120

26 - Descrição

KX - Mão ou quirodoctilio

27 - QI Solic

1

28 - QI Autoriz

0

Dados do Contratado

29 - Código na Operadora

23876304000112

30 - Nome da Contratada

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Meio de Envolvimento do Atendimento

Dados de Exame / Procedimento e Exame Solicitado

36 - Data

37 - Nº Inicial

38 - Nº Final

39 - Tabeta

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - QIUP

43 - Via

44 - TCC

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Assinatura do Profissional Solicitante

48 - Seq. Ref.

49 - QI Part

50 - Código na Operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimento em Sobre

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 Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ISAC/SLVA

Data: 24/09/2024 13:38:58

Conexão: 8638419

Atendimento: 8638419

Conexão: INST ADVERTISTA-LAP

8638419



Atendimento:	8638419	Pedido:	3059105	Ac. Number:	3831763
Registro / Nome:	MARIA LUIZA MOLINARI ALVES FEITOSA				
Data de Nascimento:	10/07/2017	Idade:	7 anos, 2 meses e 13 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	24/09/2024 11:42:00			Laudado:	24/09/2024 16:12:01
Convênio:	INST.ADVENTISTA-IAP				
Médico Solicitante:	DANIELLE HORING GRUBERT				

RX - MÃO ESQUERDA (AP/OBLÍQUA)

Estruturas ósseas íntegras.

Articulações do punho, carpometacarpais, metacarpofalangianas e interfalangianas sem alterações notáveis.

Ausência de concreções radiopacas periarticulares.

Partes moles com aspecto habitual.

MATHEUS LAZARI DE MELLO

CRM- PR: 53295


AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 8730839 DATA: 24/09/2024 11:40
USUÁRIO.....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8638419 DT NASC: 10/07/2017 (7A 2M 16D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 639264 - MARIA LUIZA MOLINARI ALVES FEITOSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/09/2024 10:47 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: DANIELLE HORING GRUBERT SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE VEM EM CONSULTA COM QUEIXA DE DOR EM TERCEIRO QDE APÓS TRAUMA JOGANDO BOLA HÁ 1 HORA

EFO
PELE INTEGRAL
EDEMA DISCRETO EM TERCEIRO QDE
DOR A PALPAÇÃO EM FALANGE PROXIMAL

PT
RX
REAVALIO

8638419

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS	1						
Justificativa.: TRAUMA							
Obs.: AP + P 3º QDE							

VISITA HOSPITALAR

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

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480

PRESCRIÇÃO.: 8730916 DATA: 24/09/2024 12:08
USUÁRIO....: DHGRUBERT
ATENDIMENTO: 8638419 DT NASC: 10/07/2017 (7A 2M 16D)
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE...: 639264 - MARIA LUIZA MOLINARI ALVES FEITOSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/09/2024 10:47 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: DANIELLE HORING GRUBERT SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - 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 + IMOBILIZAÇÃO ANALGESICA
ATESTADO 3 DIAS
GELO NO LOCAL
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

DANIELLE HORING GRUBERT
CRM-PR: 45480