

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Josieli Santos Pereira
Nº da Carteira: 11.4.207115
Instituição: FAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 16/09/1999

Nº da Guia: 23267



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
17/11/2024	08:29:00	Campo dos Cavalos	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Costas, Glúteos

Descrição

Aluno relata que estava andando a cavalo, quando o mesmo se assustou e saiu correndo perdendo o controle. Então a aluna foi jogada do cavalo caindo ao chão, relata dor intensa em região glútea, cóccix e costas. Aplicado gelo local.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Keyla	(49) 9818-6494

Quem prestou primeiros socorros	Data
Samanta	19/11/2024

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.

Joselania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - ENF

Ass.: _____

Joselania 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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 23267

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data da Autorização

5 - Série

6 - Data Validade da Guia

7 - Número da Guia atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira 114207115

9 - Validade da Carteira

10 - Nome JOSELI SANTOS PEREIRA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RM 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 PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT

16 - Cessão Profissional 06

17 - Número no Conselho 41325

18 - UF 41

19 - Código CBD 225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Caráter do Atendimento 2

22 - Data da Solicitação 19/11/2024

23 - Indicação Clínica

24 - I - Altera 25 - Código do Procedimento 10101039

26 - Descrição Consulta em pronto socorro

27 - Qx Solic 3

28 - Qx Autoriz 0

Dados do Contratado Escritório

29 - Código na Operadora 23876304000112

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

31 - Código CNES 9365230

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr Inicial 38 - Hr Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição

42 - Qtd 43 - Via 44 - Tdc 45 - % Prod / Acresc 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Escritório

48 - Seq. Prof. 49 - Cx. Part 50 - Código na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional 52 - Cartão Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 64 - Código CBD

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 Autuações (R\$) 61 - Total Taxas de Materiais (R\$) 62 - Total de CPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total Gastos Medicinas (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

2 - N° Guia no Prestador 23267

Folha: 1 / 1

9 - Número da Carteira	114207115
8 - Validade da Carteira	
10 - Nome	JOSELI SANTOS PEREIRA
11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Afiliamento a RV	N

13 - Código de Operação	23876304000112
14 - Nome do Contrário	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

Id 28439103

15 - Nome do Proponente Solicitante	16 - Categoria Profissional	17 - Número do Contrato	18 - UF	19 - Código CDO	20 - Assinatura do Proponente Solicitante
PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT	06	41325	41	225125	

Dados da Sociedade / Proponente e Emissor do Título		
21 - Código de Abertura	22 - Data da Sociedade	23 - Inscrição Civil
2	19/11/2024	

24 - Titulo	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Qtd Solic	28 - Qtd Atend
1	40802078	RX - SANGUE-COCCLOX	1	0
2	40804011	RX - Bactia	1	0

29 - Código na Operação	30 - Nome do Consultado	31 - Código CNIS
23876304000112	HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	9365230

32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Atividade (Academia ou outra modalidade)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	36 - Data	37 - Hr Inicial	38 - Hr Final	39 - Teoria	40 - Cálculo de Posseimento	41 - Descrição	42 - Qtda	43 - Vlr	44 - Trc	45 - Nr Rod /Acess	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total
Dados da Empresa / Procedimentos e Exames Realizados																

[illegible]

26 - Data de Realização da Provação em Tênis 07 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

Observação: Assinatura

55 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Autógenos (R\$)	65 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de CRIME (R\$)	53 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total Gastos Materiais (R\$)	66 - Total Geral (R\$)
56 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contrato				



Atendimento:	8739652	Pedido:	3095844	Ac. Number:	3877648
Registro / Nome:	JOSELI SANTOS PEREIRA				
Data de Nascimento:	16/09/1999	Idade:	25 anos, 2 meses e 3 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	19/11/2024 11:04:00			Laudado:	26/11/2024
					12:46:50
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	JESSE BATISTA CORREA JUNIOR				

RX - SACRO-CÓCCIX.

Traço radioluciente em extremidade distal coccígea, sem desvio.

MATHEUS LAZARI DE MELLO

CRM- PR: 53295

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939



Atendimento:	8739652	Pedido:	3095844	Ac. Number:	3877647
Registro / Nome:	JOSELI SANTOS PEREIRA				
Data de Nascimento:	16/09/1999	Idade:	25 anos, 2 meses e 3 dias	Sexo:	F
	00:00:00				
Pedido do Exame:	19/11/2024 11:04:00			Laudado:	26/11/2024
					12:46:48
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	JESSE BATISTA CORREA JUNIOR				

RX - BACIA.

Estruturas ósseas íntegras, sem sinais de fraturas ou luxações evidenciadas pelo método.

MATHEUS LAZARI DE MELLO

CRM- PR: 53295

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 8868246 DATA: 19/11/2024 11:03
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8739652 DT NASC: 16/09/1999 (25A 2M 4D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 649154 - JOSELI SANTOS PEREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/11/2024 10:47 0 DIAS(S) INT

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

SERVIÇO: CLINICA MEDICA
COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERE QUEDA DO CAVALO HÁ 2 DIAS
DOR EM REGIÃO SACRO-COCCIX

EFO
DOR A PALPAÇÃO EM COLUNA LOMBAR E REGIÃO SACOCOCCIX

PT
RX
REAVALIO

8739652

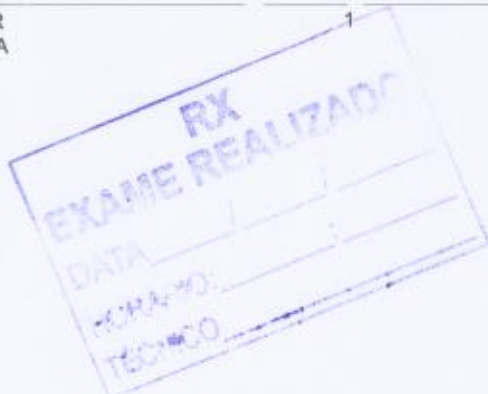
PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX COLUNA SACRO-COCCIX Justificativa.: DOR	1					
2 RX BACIA Justificativa.: DOR	1					

VISITA HOSPITALAR

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




JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193

PRESCRIÇÃO.: 8868373 DATA: 19/11/2024 11:48
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR
ATENDIMENTO: 8739652 DT NASC: 16/09/1999 (25A 2M 4D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 649154 - JOSELI SANTOS PEREIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/11/2024 10:47 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT SERVIÇO: CLINICA MEDICA
UNID. INT.: PRONTO ATENDIMENTO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX COM EVIDÊNCIA DE FRATURA DO COCCIX

PT
RETORNO AMBULATORIAL
ANALGESIA
ATESTADO
ORIENTAÇÕES GERAIS

 CRM 39193

JESSE BATISTA CORREA JUNIOR
CRM-PR: 39193

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8739652 Prontuário: 649154 SAME:
Paciente..... : JOSELI SANTOS PEREIRA
Endereço..... : FACULDADE ADVENTISTA DO PARANA
Bairro..... :
Cidade..... : IVATUBA
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC
CID Principal..... : S322 - FRATURA DO COCCIX
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 19/11/2024

Hora Atend: 10:47 Data Atend: 19/11/2024
Idade: 25 a

UF.: PR CEP: 87130000
Plano...: CLINICA ADVENTISTA ENFERM

Hora Saída : 11:53

Prestador da Evolução Médica:

PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT

 CRM 39193

PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT / 41325
CLINICA GERAL