

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Grazielle Varela Figueiredo Pedraça

**Nº da Carteirinha:** 11.4.219263

**Instituição:** FAP - Ensino Superior



**Data de Nascimento:** 06/04/2007

**Nº da Guia:** 24550

| Data da Ocorrência | Horário  | Local   | Atividade                          |
|--------------------|----------|---------|------------------------------------|
| 23/02/2025         | 14:50:00 | Ginásio | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu | Partes do corpo                           |
|-----------------|-------------------------------------------|
| Torção          | 1º Dedo Mão Esquerda, 1º Dedo Mão Direita |

## Descrição

Aluna relata que estava participando de um jogo de vôlei e ao receber uma bola os polegares viraram para trás, relata dor intensa no momento do impacto. Apresenta discreto edema e equimose nos polegares. Relata dor ao exame físico e dificuldade de mobilidade. Aplicado gelo local

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| João Pedro               | (44) 99176-3348 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Enf. Gilberto                   | 23/02/2025 |

| Local de atendimento                     | Endereço          | Nº | Bairro  | Telefone                         |
|------------------------------------------|-------------------|----|---------|----------------------------------|
| HBS - Hospital Bom Samaritano de Maringá | Av. Independência | 93 | Zona 04 | (44) 3032-1818<br>(44) 3220-6166 |

## Observações

Encaminhado para avaliação médico e conduta.

Ass.:

Joselania Ramos Pazette Fagundes  
COREN-PR 173102-ENF

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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 24550

Folha: 1 / 1

1 - Registro AAS  
000000

2 - Nº Cartão Profissional

4 - Tipo de Autopreenchimento

5 - Bem

6 - Data Validação de Bem

7 - Número da Guia Atualizado para Certeza

8 - Dados do Beneficiário

9 - Número do Cartão

10 - Bem

11 - Nome do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RFI

N

GRAZIELE VARELA FIGUEIREDO PEDRACA

13 - Código de Classificação

14 - Nome do Beneficiário

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT

16 - Conselho Profissional

41325

17 - Número no Conselho

41

18 - UF

225125

19 - Categoria Profissional Solicitante

CRM 39193

20 - Data da Solicitação / Procedimento e Exame Solicitado

21 - Causa do Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou

26 - Descrição

27 - Cl. SNIC

28 - Cl. SNIC

29 - Cl. SNIC

30 - Cl. SNIC

31 - Cl. SNIC

32 - Cl. SNIC

33 - Cl. SNIC

34 - Cl. SNIC

35 - Cl. SNIC

36 - Cl. SNIC

37 - Cl. SNIC

38 - Cl. SNIC

39 - Cl. SNIC

40 - Cl. SNIC

41 - Cl. SNIC

42 - Cl. SNIC

43 - Cl. SNIC

44 - Cl. SNIC

1

22

10101039

Consulta em pronto socorro

24/02/2025

2

10101039

Consulta em pronto socorro

24/02/2025

2

10101039

Consulta em pronto socorro

24/02/2025

2

10101039

Consulta em pronto socorro

24/02/2025

2

10101039

Consulta em pronto socorro

24/02/2025

2

10101039

Consulta em pronto socorro

Dados do Contêiner Externo

20 - Código no Sistema

21 - Nome do Contêiner

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

22 - Código no Sistema

23 - Nome do Contêiner

24 - Código no Sistema

25 - Nome do Contêiner

26 - Código no Sistema

27 - Nome do Contêiner

28 - Código no Sistema

29 - Nome do Contêiner

30 - Código no Sistema

31 - Nome do Contêiner

32 - Código no Sistema

33 - Nome do Contêiner

34 - Código no Sistema

35 - Nome do Contêiner

36 - Código no Sistema

Dados do Beneficiário

32 - Tipo de Atendimento

33 - Indicação em Atendimento (paciente ou atendente)

34 - Tipo de Atendimento

35 - Nome do Atendimento

36 - Tipo de Atendimento

37 - Nome do Atendimento

38 - Tipo de Atendimento

39 - Nome do Atendimento

40 - Tipo de Atendimento

41 - Nome do Atendimento

42 - Tipo de Atendimento

43 - Nome do Atendimento

44 - Tipo de Atendimento

45 - Nome do Atendimento

46 - Tipo de Atendimento

47 - Nome do Atendimento

48 - Tipo de Atendimento

49 - Nome do Atendimento

50 - Tipo de Atendimento

Dados de Exatidão / Procedimento e Exame Solicitado

30 - Data

31 - Horário

32 - Horário

33 - Horário

34 - Horário

35 - Horário

36 - Horário

37 - Horário

38 - Horário

39 - Horário

40 - Horário

41 - Horário

42 - Horário

43 - Horário

44 - Horário

45 - Horário

46 - Horário

47 - Horário

48 - Horário

49 - Horário

50 - Horário

51 - Horário

52 - Horário

53 - Horário

Beneficiário (ou) Prestador (ou) Especialista

40 - Nome

41 - Nome

42 - Nome

43 - Nome

44 - Nome

45 - Nome

46 - Nome

47 - Nome

48 - Nome

49 - Nome

50 - Nome

51 - Nome

52 - Nome

53 - Nome

54 - Nome

55 - Nome

56 - Nome

57 - Nome

58 - Nome

59 - Nome

60 - Nome

61 - Nome

62 - Nome

63 - Nome

40 - Nome

41 - Nome

42 - Nome

43 - Nome

44 - Nome

45 - Nome

46 - Nome

47 - Nome

48 - Nome

49 - Nome

50 - Nome

51 - Nome

52 - Nome

53 - Nome

54 - Nome

55 - Nome

56 - Nome

57 - Nome

58 - Nome

59 - Nome

60 - Nome

61 - Nome

62 - Nome

40 - Nome

41 - Nome

42 - Nome

43 - Nome

44 - Nome

45 - Nome

46 - Nome

47 - Nome

48 - Nome

49 - Nome

50 - Nome

51 - Nome

52 - Nome

53 - Nome

54 - Nome

55 - Nome

56 - Nome

57 - Nome

58 - Nome

59 - Nome

60 - Nome

61 - Nome

62 - Nome

40 - Nome

41 - Nome

42 - Nome

43 - Nome

44 - Nome

45 - Nome

46 - Nome

47 - Nome

48 - Nome

49 - Nome

50 - Nome

51 - Nome

52 - Nome

53 - Nome

54 - Nome

55 - Nome

56 - Nome

57 - Nome

58 - Nome

59 - Nome

60 - Nome

61 - Nome

Impresso em: LUNAVENDO

Desafio: 20/02/2025 21:42:40

Trabalho em: 20/02/2025

Assinatura: 20/02/2025

Outros: 18/02/2025 15:14:14

\*8845058\*



# GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 24550

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autuação

5 - Sentença

6 - Data Validada na Saúde

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira

114219263

9 - Validado na Carteira

10 - Nome

GRAZIELLE VARELA FIGUEIREDO PEDRACA

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Assinamento a RVN

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 41325

17 - Número no Conselho

41325

18 - UF

41 225125

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

cm 39193

21 - Caracter do Atendimento

2 25/02/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Q1. Solic

28 - Q1. Autoriz

29 - Código de Operadora

23876304000112

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CBO

9369230

32 - Tipo Atendimento

33 - Indicação de Acesso (incidente ou doença)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

36 - Data

37 - Inicial

38 - Pl. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Q1. Solic

43 - Q1. Autoriz

44 - Q1. Solic

45 - Q1. Autoriz

46 - Q1. Solic

47 - Q1. Autoriz

48 - Q1. Solic

49 - Q1. Autoriz

50 - Q1. Solic

51 - Q1. Autoriz

52 - Q1. Solic

53 - Q1. Autoriz

54 - Q1. Solic

55 - Q1. Autoriz

Impresso por LUMACODE

Data de Emissão: 22/02/2025 2 30:00

Carimbo em despesa

Assinamento: 0000000

Carimbo: 0000000 0000000

\*8845058\*



|                     |                                     |         |                             |             |                     |
|---------------------|-------------------------------------|---------|-----------------------------|-------------|---------------------|
| Atendimento:        | 8845058                             | Pedido: | 3138934                     | Ac. Number: | 3931767             |
| Registro / Nome:    | GRAZIELLE VARELA FIGUEIREDO PEDRACA |         |                             |             |                     |
| Data de Nascimento: | 06/04/2007                          | Idade:  | 17 anos, 10 meses e 16 dias | Sexo:       | F                   |
|                     | 00:00:00                            |         |                             |             |                     |
| Pedido do Exame:    | 24/02/2025 15:05:00                 |         |                             | Laudado:    | 27/02/2025 09:53:25 |
| Convênio:           | INST.ADVENTISTA-IAP                 |         |                             |             |                     |
| Médico Solicitante: | JESSE BATISTA CORREA JUNIOR         |         |                             |             |                     |

RX - MÃO ESQUERDA AP/OBL

Estruturas ósseas com corticais alinhadas, sem sinais de fratura com desvio evidenciadas pelo método. Articulações metacarpofalangeanas e interfalangianas com congruência articular preservada. Articulação do punho com aspecto anatômico habitual.



|                     |                                     |         |                             |             |                     |
|---------------------|-------------------------------------|---------|-----------------------------|-------------|---------------------|
| Atendimento:        | 8845058                             | Pedido: | 3138934                     | Ac. Number: | 3931766             |
| Registro / Nome:    | GRAZIELLE VARELA FIGUEIREDO PEDRACA |         |                             |             |                     |
| Data de Nascimento: | 06/04/2007                          | Idade:  | 17 anos, 10 meses e 16 dias | Sexo:       | F                   |
|                     | 00:00:00                            |         |                             |             |                     |
| Pedido do Exame:    | 24/02/2025 15:05:00                 |         |                             | Laudado:    | 27/02/2025 09:53:12 |
| Convênio:           | INST.ADVENTISTA-IAP                 |         |                             |             |                     |
| Médico Solicitante: | JESSE BATISTA CORREA JUNIOR         |         |                             |             |                     |

## RX - MÃO DIREITA AP/OBL

Estruturas ósseas com corticais alinhadas, sem sinais de fratura com desvio evidenciadas pelo método.  
Articulações metacarpofalangeanas e interfalangeanas com congruência articular preservada.  
Articulação do punho com aspecto anatômico habitual.

PRESCRIÇÃO.: 9029831 DATA: 24/02/2025 15:03  
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR  
ATENDIMENTO: 8845058 DT NASC: 06/04/2007 (17A 10M 21D)  
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP  
PACIENTE....: 655528 - GRAZIELLE VARELA FIGUEIREDO PEDRACA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 24/02/2025 14:44 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

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

### EVOLUÇÃO MÉDICA

REFERE TRAUMA EM MAOS BILATERAL JOGANDO VOLEI ONTEM. TRAUMA POR HIPEREXTENSAO.  
DOR EM REGIAO DE TABAQUEIRA ANATOMICA BILATERAL

AO EFO  
PELE INTEGRA  
EDEMA LEVE BILATERAL  
EQUIMOSE EM REGIAO PALMAR BILATERAL  
ADM DOLOROSA  
NV PRESERVADO

CD  
RX  
REAVALIO APÓS

\*8845058\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

|                                   | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|-----------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 1 RX MEM SUP MAO OU QUIRODACTILOS | 2   |         |    |     |            |      |          |
| Justificativa.: BILATERAL         |     |         |    |     |            |      |          |

#### VISITA HOSPITALAR

|                                              | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|----------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 2 CONSULTA HOSPITALAR<br>EMERGENCIA/URGENCIA | 1   |         |    |     |            |      |          |

EXAME REALIZADO  
DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
TÉC. RADIOLOGIA: \_\_\_\_\_

JESSE BATISTA CORREA JUNIOR  
CRM-PR: 39193

PRESCRIÇÃO.: 9029874 DATA: 24/02/2025 15:22  
USUÁRIO....: JESSEJUNIOR  
ATENDIMENTO: 8845058 DT NASC: 06/04/2007 (17A 10M 21D)  
CONVÊNIO...: INST.ADVENTISTA-IAP  
PACIENTE...: 655528 - GRAZIELLE VARELA FIGUEIREDO PEDRACA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 24/02/2025 14:44 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

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

### EVOLUÇÃO MÉDICA

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

PLANO TERAPEUTICO:  
ALTA COM ANALGESIA  
GELO NO LOCAL  
RETORNO AO PS SE NECESSARIO  
ORIENTO A IMPORTANCIA DO REPOUSO E DOS CUIDADOS GERAIS

JESSE BATISTA CORREA JUNIOR  
CRM-PR: 39193