

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO



Aluno: Luciara Thaissa dos Santos

Nº da Carteirinha: 2.80.562

Instituição: Escola Adventista Fazenda Rio Grande - EIEF

Data de Nascimento: 05/05/2010

Nº da Guia: 3578

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
04/08/2021	11:04:00	Quadra	Aula de educação física

O que aconteceu

Trauma (**Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro**)

Partes do corpo

3º Dedo Mão Direita

Descrição

na aula de educação física a bola bateu no dedo , a aluna relatou sem muita gravidade e não reclamou mais , mas hoje amanheceu com dedo roxo e sem conseguir movimentar.

Testemunha da ocorrência

Marcos Romani

Telefone

(41) 3060-8101

Quem prestou primeiros socorros

Monitora Josiane

Data

05/08/2021

Local de atendimento

Policlínica Fazenda Rio Grande

Endereço

Rua Ephigênio Pereira da Cruz

Nº

1396

Bairro

Pioneiros

Telefone

(41) 3614-2700

Observações

a aluna não procurou para avisar que estava doendo , relatou no final da manha de hoje que estava doendo e ficando roxo, foi atendida e encaminhada para atendimento hospitalar

Ass.:

Diego Henrique De Jesus Frata

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorriho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Telefone (41) 3240-2942 e (41) 9-9612-0824
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

CLÍNICA ADVENTISTA DE

GUIA DE CONSULTA

2 - Nº da Guia do Prestador

3578

00000394290

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

4 - Número da Carteira

000

5 - Validade da Carteira

31/12/2021

6 - Atendimento a RN

N

7 - Nome

LUCIARA THAISSA DOS SANTOS

8 - Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado

9 - Código na Operadora

10 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

11 - Código CNES

0

12 - Nome do Profissional Executante

EVELISE MARY TISSORI VARGAS

13 - Conselho Profissional

6

14 - Número no Conselho

15848

15 - UF

PR

16 - Código CBO

2251

Dados do Atendimento / Procedimento Realizado

17 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

18 - Data do Atendimento

05/08/2021

19 - Tipo de Consulta

1

20 - Tabela

22

21 - Código do Procedimento

0010101012

22 - Valor do Procedimento

95,00

23 - Observação / Justificativa

Tratamento em meio D.

24 - Assinatura do Profissional Executante

0568124

Dra. Evelise TISSORI Vargas
Médica
CRM 15848

25 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

+ w para Natal da Belise

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data da Autorização
05/08/2021

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora



00000394342

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
000

9 - Validade da Carteira
31/12/2021

10 - Nome
LUCIARA THAISSA DOS SANTOS

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora
01015553000180

14 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante
EVELISE MARY TISSORI VARGAS

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
15848

18 - UF
PR

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dra. Evelise Mary Tisori Vargas
CRM 15848

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
05/08/2021

23 - Indicação Clínica
Tratamento com medicação.

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
0040803120

26 - Descrição
RX MÃO OU QUIRODACTILO

27 - Qtd. Solic.
001

28 - Qtd. Aut.

1
2
3
4
5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
01015553000180

30 - Nome do Contratado
Policlínica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES
3341135

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento
05

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)
9

34 - Tipo de Consulta
05

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela	40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via	44 - Tec.	45 - Fator Red./Acresc.	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)
05/08/2021	13:59	2	13:59	22	0040803120	RX MÃO OU QUIRODACTILO	001		1,00	35,64	35,64
1											
2											
3											
4											
5											

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.
1

49 - Grau Part.
12

50 - Código na Operadora/CPF
30182190900

51 - Nome do Profissional
HELIO SCHULMAN

52 - Conselho Profissional
06

53 - Número no Conselho
5214

54 - UF
41

55 - Código CBO
225320

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
1 05/08/2021

1	05/08/2021	3	1	1	5	1	1	7	1	1	9	1	1
2	1	4	1	1	6	1	1	8	1	1	10	1	1

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
35,64

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0,00

61 - Total de Materiais (R\$)
0,00

62 - Total de OPME (R\$)
0,00

63 - Total de Medicamentos (R\$)
0,00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
0,00

65 - Total Geral (R\$)
35,64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

05/08/21

Dr. Helio Schulman

05/08/21

Dra. Evelise Mary Tisori Vargas
Médica
CRM 15848

CLÍNICA ADVENTISTA DE

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

2 - Nº da Guia do Prestador

00000394392

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
05/08/2021

5 - Senha

6 - Data de Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

000

9 - Validade da Carteira

31/12/2021

10 - Nome

LUCIARA THAISSA DOS SANTOS

11 - Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

[N]

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora

01015553000180

14 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

15 - Nome do Profissional Solicitante
EVELISE MARY TISSORI VARGAS

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

15848

18 - UF

PR

19 - Código CBO

2251

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dra. Evelise Tessori Vargas
CRM 15848

Dados da Solicitação/Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

05/08/2021

23 - Indicação Clínica

Imune em mo 2.

24 - Tabela

22

25 - Código do Procedimento

0030711010

26 - Descrição

IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

27 - Qtd. Solic

001

28 - Qtd. Aut.

1

2

3

4

5

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora

01015553000180

30 - Nome do Contratado

Policlínica Fazenda Rio Grande

31 - Código CNES

00000000

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento

04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

3

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

DS

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data

05/08/2021

37 - Hora Inicial

14.49

38 - Hora Final

14.49

39 - Tabela

22

40 - Código do Procedimento

0030711010

41 - Descrição

IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENTO)

42 - Qtd

001

43 - Via

001

44 - Tec

1.00

45 - Fator Red./Acrsc

10.50

46 - Valor Unitário (R\$)

10.50

47 - Valor Total (R\$)

10.50

1

2

3

4

5

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref

1

49 - Grau Part.

12

50 - Código na Operadora/CPF

55331769934

51 - Nome do Profissional

EVELISE MARY TISSORI VARGAS

52 - Conselho Profissional

06

53 - Número no Conselho

15848

54 - UF

41

55 - Código CBO

2251

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 05/08/2021

2 _/_/_

3 _/_/_

4 _/_/_

5 _/_/_

6 _/_/_

7 _/_/_

8 _/_/_

9 _/_/_

10 _/_/_

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

10.50

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de OPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

10.50

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Dra. Evelise Tessori Vargas
CRM 15848

LIBERAÇÃO PROCEDIMENTOS

Nome: Luciano Thaino Dos Santos Idade: 14 Prontuário: 138262 data: 25/08/21

°carteirinha: - SENHA: - Médico: Evelise

Prório entrada: 16:30 h saída: 17:40 h. Convênio: Adventista Enfermagem: Matilde

Código Procedimento	Descrição	Qtde	CID
<u>30711212</u>	<u>Imobilização não gessada</u>	<u>01</u>	

Ados Clínicos:

Trauma em mão direita, dificuldade de movimentos
16/45

escrição:

Realizar imobilização com esparadrapo, m. superior e
inferior da mão.

MATERIAL / MEDICAMENTOS	QTDE	MATERIAL / MEDICAMENTOS	QTDE
Abaixador de língua- und		Fio catgut n°	
Água destilada ____ ml		Fio nylon n°	
Água Oxigenada ____ ml		Gase estéril pct	
Agulha ____ x Agulha ____ x	/	Álcool iodado ____ ml	
Álcool ____ ml		Lamina de bisturi n°	
Algodão branco - bola		Luva plástica	
Algodão Ortopédico- rolo		Luva esteril n°	
Atadura crepon n°		Luva procedimento <u>m</u>	<u>01</u>
Atadura gessada n°		Malha tubular	
Bolsa coletora (sistema fechado) unid		Micropore	<u>40cm</u>
Compressa cirúrgica- unid		P.V.P.I Tópico	
Dreno de penrose n°		P.V.P.I Degermante	
Espátula ginecológica unid		Seringa ____ ml	
☒ Esparadrapo- cm	<u>10cm</u>	S.F 0,9% ____ ml	
Epítezan pomada ____ gr		☒ Tala de alumínio <u>15</u> cm	
Nebacetin pomada ____ gr		Vaselina ____ ml	
Sonda Foley n°		Sonda Naso n°	
Sonda Uretral n°		Sonda de Aspiração n°	
Colírio Anestésico		Protetor ocular	
Cotonete		Agulha gengival	
Xilocaína 2% ____ ml c/ vaso		Scalp n°	
Xilocaína 2% ____ ml S/ vaso			
Xilocaína gel ____ gr			

Assinatura do paciente: [Assinatura]

DRA EVELISE T. VARGAS
CRM 15 848

Carimbo e Assinatura do Médico

