

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabel Barboza Jaccoud
Nº da Carteirinha: 4.31.5400
Instituição: Colégio Adventista de Maringá - Zona 4

Data de Nascimento: 24/07/2016

Nº da Guia: 25420



Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
20/03/2025	15:13:00	Ginásio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de altura (Ex.: escada)	Rosto

Descrição

A aluna estava no intervalo e ao descer a escada, tropeçou e caiu com o rosto no degrau. Apresenta inchaço na testa e nariz.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Sirley Falavigna	(44) 3224-3073

Quem prestou primeiros socorros	Data
Geovana	20/03/2025

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

A responsável foi avisada para avaliar a necessidade de atendimento no hospital. Aplicamos gelo no local da batida.

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

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

2 - Nº Guia no Prestador 25420

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Nr. Guia Principal
----------------------------	------------------------

4 - Data de Autorização	5 - Sessão	6 - Data Validade da Sessão	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
-------------------------	------------	-----------------------------	---

Dados do Beneficiário		12 - Atendimento a RN N	
8 - Número da Carteira 4315400	9 - Validade da Carteira	10 - Nome ISABEL BARBOZA JACCOUB	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Solicitante		14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
13 - Código da Operadora 23876304000112	15 - Nome do Profissional Solicitante PLANTAO FERNANDA LEMES DE TOLEDO JUSTI	16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 36219
18 - UF 41	19 - Código CBO 225124	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados		23 - Indicação Clínica	
21 - Caracter do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 20/05/2025	24 - Descrição	

24 - Tabela 1	25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial 10101039	26 - Descrição Consulta em pronto socorro	27 - Qt Solic 1	28 - Qt Autoriz 0
------------------	---	--	--------------------	----------------------

Dados do Contratado Executante		31 - Código CNES 9365230	
29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	32 - Tipo Atendimento	

Dados do Atendimento		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		47 - Valor Total (R\$)	
36 - Data	37 - Hr Inicial	38 - Hr Final	39 - Tabela
40 - Código do Procedimento	41 - Descrição	42 - Qtd	43 - Via
44 - Tec	45 - % Red / Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	

Identificação do(a) Profissional(a) Executante(a)		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		64 - Código CBO	
48 - Seq Ref	49 - Gr Part	50 - Código na operadora/CNP	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho	54 - UF	64 - Código CBO		

56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa					
1 -	2 -	3 -	4 -	5 -	6 -	7 -	8 -	9 -	10 -

59 - Total Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Ausgus (R\$)	61 - Total Taxas de Materiais (R\$)	62 - Total de OPM (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				

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

2 - Nº Guia no Prestador 25420

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Semha

6 - Data Validade da Semha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
4315400

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ISABEL BARBOZA JACCOUB

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
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 FERNANDA LEMES DE TOLEDO JUSTI

16 - Conselho Profissional
06

17 - Número no Conselho
36219

18 - UF
41

19 - Código CBO
225124

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
20/05/2025

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial
40801012

26 - Descrição
RX - Crânio - 2 incidências

27 - Qt Solic.
1

28 - Qt Autoriz.
0

Dados do Contratado Executante

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 - Ht. Inicial
38 - Ht. Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Qtd.
43 - Via
44 - Tec.

45 - % Red. / Acresc.
46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

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

48 - Seq. Rel.
49 - Gr. Part.
50 - Código na operadora
CPF
51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

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

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado



Atendimento:	8872279	Pedido:	3149349	Ac. Number:	3944836
Registro / Nome:	ISABEL BARBOZA JACCOUB				
Data de Nascimento:	24/07/2016	Idade:	8 anos, 7 meses e 26 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	20/03/2025 16:18:00			Laudado:	26/03/2025
				11:19:39	
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	FERNANDA LEMES DE TOLEDO JUSTO				

RX - CRÂNIO (AP/PERFIL)

Os ossos têm estrutura e configuração anatômica normal.

Impressões vasculares e cerebrais normais.

Ausência de calcificações patológicas intracranianas.

Sela túrcica normal.

MATHEUS LAZARI DE MELLO

CRM- PR: 53295

AISAR MOHAMMAD JABER

CRM- PR: 30939

PRESCRIÇÃO.: 9069815 DATA: 20/03/2025 16:17
USUÁRIO....: PFLTJUSTO
ATENDIMENTO: 8872279 DT NASC: 24/07/2016 (8A 7M 27D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 473763 - ISABEL BARBOZA JACCOUB
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/03/2025 15:45 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO FERNANDA LEMES DE TOLEDO JUSTO
UNID. INT...: PRONTO ATEND PEDIATRICO - HBSM LEITO...:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CLINICA PEDIATRICA
COBERTURA:

8872279

PRESCRIÇÃO MÉDICA

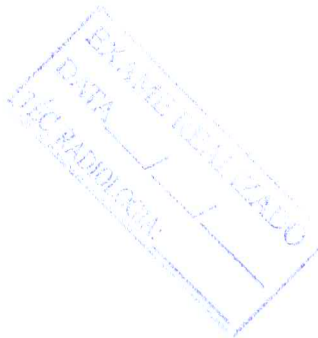
EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX CRANIO CRANIO P.A - LAT	1					
Justificativa.: TCE						

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO FERNANDA LEMES DE TOLEDO JUSTO
CRM-PR: 36219



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 8872279 **Prontuário:** 473763 **SAME:** **Hora Atend:** 15:45 **Data Atend:** 20/03/2025
Paciente..... : ISABEL BARBOZA JACCOUB **Idade:** 8 a
Endereço..... : AVENIDA QUINZE DE NOVEMBRO
Bairro..... : ZONA 01
Cidade..... : MARINGÁ **UF...:** PR **CEP:** 87013230
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA - CLAC **Plano...:** CLINICA ADVENTISTA ENFERM
CID Principal..... : S069 - TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO
CID's Secundários :
Resultado..... : ALTA APOS PROCEDIMENTO **Hora Saída** : 17:26
Data Saída..... : 20/03/2025

Prestador da Evolução Médica: 5359 **PLANTAO FERNANDA LEMES DE TOLEDO JUSTO**

HDA

15:15 QUEDA DA PROPRIA ALTURA E TRAUMA EM REGIÃO FRONTAL
NGA: NAUSEAS, SONOLENCIA CONVULSAO

EXAME FISICO

BEG, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO, ANICTERICO, SEM SINAIS MENINGEOS,
GLASGOW 15. PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES
TEC < 2 SEGUNDOS
PULSOS CHEIOS
AC BNF 2T SEM SOPRO
AP MV+ SRA
ABD PLANO, RHA+, FLACIDO, TIMPANICO, INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA. DB
NEGATIVA
OTO: E e D MT SEM ABAULAMENTO E SEM HIPEREMIA
ORO: SEM HIPEREMIA E SEM EXSUDATO

DIAGNOSTICO

TCE

DIAGNOSTICO - HISTORICO

TCE

TRATAMENTO

RX CRANIO
ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÕES GERAIS. RETORNO SE SINTOMAS. RETORNO IEMDIATO SE
SINAIS DE ALRME ORIENTADOS E ENTENDIDOS PELO PAI