

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Isabely Souza Silva
Nº da Carteirinha: 11.1.8978
Instituição: FAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 03/02/2012

Nº da Guia: 28853

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
28/05/2025	11:00:00	Pátio	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu	Partes do corpo
Queda de mesmo nível	Antebraço Direito, Cotovelo Direito

Descrição

Aluna relata que estava no intervalo, brincando de voleibol e ao pegar a bola, pisou nela e caiu da própria altura, batendo o antebraço D e o cotovelo no chão. Apresenta discreto edema no antebraço D, relata dor intensa no exame físico, Aplicado gelo local e realizado imobilização do membro.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Camilly Stefane	(51) 98991-2657

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enfa Joserlania Pazette	28/05/2025

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

Encaminhado para avaliação para avaliação médica e conduta. Escolar ciente.

Ass.:

Joserlania Ramos Pazette Fagundes
COREN-PR 173102 - EM

Joserlania 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

2 - N° Guia no Prestador **28853**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nr. Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Semia	
6 - Data Validade da Semia		7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora	
Dados do Beneficiário			
8 - Numero da Carteira 1118978		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome ISABELY SOUZA SILVA		11 - Numero 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 LUCAS HENRIQUES IBANEZ		16 - Conselho Profissional 06	
17 - Numero no Conselho 36239		18 - UF 41	
19 - Código CBO 225270		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caracter do Atendimento 2		22 - Data da Solicitação 03/06/2025	
23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 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									
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 - % Red / Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(ais) Enunciado(s)					
48 - Seq. Ref.	49 - Gr. Part.	50 - Código na operador/CPUF	51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número no Conselho
54 - UF	64 - Código CBO				
56 - Data de Realização de Procedimento em Série					
1. ____ / ____ / ____		3. ____ / ____ / ____		5. ____ / ____ / ____	
2. ____ / ____ / ____		4. ____ / ____ / ____		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 OPM's (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					

2 - N° Guia no Prestador **28853**

1 / 1

Dados do Contratado Executante										31 - Código CNES	
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado								31 - Código CNES	
23876304000112		HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A								9365230	
Dados do Atendimento											
32 - Tipo Atendimento		33 - Indicação de Acidente (adiente 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 - Tec	45 - % Red / Acresc	46 - Valor Unitário (R\$)	47 - Valor Total (R\$)

Impresso por LMMACEDO

Data/Hora 29/05/2025 02:18:15

Conta/Lote 8953504

Atendimento: 8933304

8953504

PRESCRIÇÃO.: 9191774 DATA: 28/05/2025 13:21
USUÁRIO....: LHIBANEZ
ATENDIMENTO: 8953504 DT NASC: 03/02/2012 (13A 3M 24D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 619533 - ISABELY SOUZA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/05/2025 12:54 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: LUCAS HENRIQUES IBANEZ SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE ACOMPANHADA DO PAI COM HISTÓRIA DE QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA HOJE JOGANDO BOLA, TRAUMA EM BRAÇO DIREITO, CAIU COM MÃO EXTENDIDA.

EFO: EM TALA DE PAPELÃO, RETIRADA PARA AVAL, EDEMA +/4+, ADM LIMITADA PELA DOR, NEUROVASCULAR PRESERVADO

CD: RX

8953504

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 RX MEM SUP ANTEBRACO

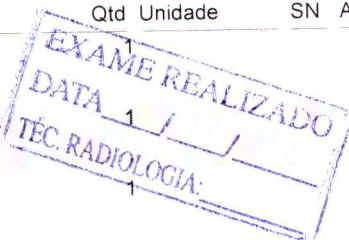
Justificativa.: *direito*

2 RX MEM SUP PUNHO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS

Justificativa.: *direita*

3 RX MEM SUP COTOVELO

Justificativa.: *direito*



VISITA HOSPITALAR

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

4 CONSULTA HOSPITALAR
EMERGENCIA/URGENCIA

1


CRM 36239

LUCAS HENRIQUES IBANEZ
CRM-PR: 36239

PRESCRIÇÃO.: 9191837 DATA: 28/05/2025 13:59
USUÁRIO.....: PSMACHADO
ATENDIMENTO.: 8953504 DT NASC: 03/02/2012 (13A 3M 24D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 619533 - ISABELY SOUZA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/05/2025 12:54 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

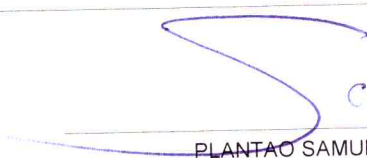
MÉDICO.....: LUCAS HENRIQUES IBANEZ SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO:

AO RAO-X: SEM EVIDÊNCIAS DE FRATURA OU LUXAÇÃO NO PRESENTE MÉTODO.

CD: ANALGESIA
ORIENTO CUIDADOS E RETIRO TODAS AS DUVIDAS
ORIENTO SINAIS DE ALARME E RETORNO EM PS/AMBULATORIO SE NECESSÁRIO
ALTA DA ORTOPEDIA


PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84