



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 7375908    Prontuário: 517162    SAME: 517162    Hora Atend: 09:47    Data Atend: 11/10/2022  
Paciente.....: RENAN MARTINS MOREIRA  
Endereço.....: PR 287 MARINGA - CAMPO MOURAM KM119  
Bairro.....:  
Cidade.....: IVATUBA  
Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC  
CID Principal.....: S835 - ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO  
CID's Secundários.:  
Resultado.....: ALTA APOS CONSULTA  
Data Saída.....: 11/10/2022  
Hora Saída : 09:57

Prestador da Evolução Médica: 3587    DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR

HDA

CERCA DE 2 MESES E 15 DIAS PO RECONSTRUÇÃO DE LCA A ESQUERDA  
SEM QUEIXAS ALGICAS

EXAME FISICO

BEG

AUSENCIA DE INSTABILIDADE  
CICATRIZ CIRURGICA OK SEM SINAIS FLOGISTICOS LOCAL

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CERCA DE 2 MESES E 15 DIAS PO RECONSTRUÇÃO DE LCA A ESQUERDA

TRATAMENTO

ORIENTAÇÕES

PACIENTE CIENTE DA NECESSIDADE DE FISIO  
FORTALECIMENTO APARTIR 30/10/22  
RETORNO



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

2 - Nº Guia no Prestador 5070014

Folha: 1 / 1

|                                                                                  |  |                                                                              |  |                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS<br>000000                                                       |  | 3 - Nr. Guia Principal                                                       |  | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora                    |  |
| 4 - Data de Autorização                                                          |  | 5 - Sessão                                                                   |  | 6 - Data Validade da Sessão                                    |  |
| 8 - Número da Carteira<br>114101                                                 |  | 9 - Validade da Carteira                                                     |  | 10 - Nome<br>RENAN MARTINS MOREIRA                             |  |
| 11 - Número do Contrato                                                          |  | 12 - Atendimento a RN<br>N                                                   |  | 13 - Nome do Contratado<br>DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR |  |
| 14 - Código da Operadora<br>02325057992                                          |  | 15 - Nome do Profissional Solicitante<br>DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR |  | 16 - Conselho Profissional<br>06                               |  |
| 17 - Nome do Profissional Solicitante<br>DIOGENES EMANOEL DE CARVALHO JUNIOR     |  | 18 - UF<br>41                                                                |  | 19 - Código CBO<br>225270                                      |  |
| 20 - Assinatura do Profissional Solicitante                                      |  | 21 - Assinatura do Profissional Solicitante                                  |  | 22 - Data da Solicitação<br>11/10/2022                         |  |
| 23 - Caracter do Atendimento<br>1                                                |  | 24 - Tabela<br>1                                                             |  | 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial<br>10101012   |  |
| 26 - Descrição<br>Consulta em consultório (no horário normal ou preestabelecido) |  | 27 - Ql. Solic.<br>1                                                         |  | 28 - Ql. Autoriz.<br>0                                         |  |
| 29 - Código na Operadora<br>23876304000112                                       |  | 30 - Nome do Contratado<br>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A            |  | 31 - Código CNES<br>9365230                                    |  |
| 32 - Tipo Atendimento                                                            |  | 33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)                  |  | 34 - Tipo de Consulta                                          |  |
| 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento                                       |  | 36 - Data                                                                    |  | 37 - Hr. Inicial                                               |  |
| 38 - Hr. Final                                                                   |  | 39 - Tabela                                                                  |  | 40 - Código do Procedimento                                    |  |
| 41 - Descrição                                                                   |  | 42 - Cide                                                                    |  | 43 - Via                                                       |  |
| 44 - Tec.                                                                        |  | 45 - % Red / Acresc.                                                         |  | 46 - Valor Unitário (R\$)                                      |  |
| 47 - Valor Total (R\$)                                                           |  | 48 - Seq. Ref.                                                               |  | 49 - Gr. Part                                                  |  |
| 50 - Código na operadora/CPF                                                     |  | 51 - Nome do Profissional                                                    |  | 52 - Conselho Profissional                                     |  |
| 53 - Número no Conselho                                                          |  | 54 - UF                                                                      |  | 55 - Código CBO                                                |  |
| 56 - Data de Realização de Procedimento em Série                                 |  | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                               |  | 58 - Observação / Justificativa                                |  |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                                                   |  | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)                                         |  | 61 - Total de Materiais (R\$)                                  |  |
| 62 - Total de OPME (R\$)                                                         |  | 63 - Total de Medicamentos (R\$)                                             |  | 64 - Total Gases Médicinais (R\$)                              |  |
| 65 - Total Geral (R\$)                                                           |  | 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização                              |  | 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                 |  |
| 68 - Assinatura do Contratado                                                    |  | 69 - Assinatura do Profissional Solicitante                                  |  | 70 - Assinatura do Profissional Solicitante                    |  |





|                                                                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>AUTORIZAÇÃO DE RETORNO</b>                                                                                 |  |
| Aluno: Renan Martins Moreira<br>Nº da Carteira: 11.4.101<br>Instituição: FAP - Faculdade Adventista do Paraná |  |
| Data de Nascimento: 25/02/2000<br>Nº da Guia: 5070.014                                                        |  |
|                            |  |

|                 |          |         |                                       |
|-----------------|----------|---------|---------------------------------------|
| Data do Retorno | Horário  | Local   | Atividade                             |
| 10/10/2022      | 09:50:45 | Ginásio | Eventos esportivos (Ex.: campeonatos) |

|                                               |  |                 |
|-----------------------------------------------|--|-----------------|
| O que aconteceu                               |  | Partes do corpo |
| Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos) |  | Joelho Esquerdo |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Aluno interno em jogo de futsal. Em forte divisão de bola, pulou e caiu sobre o joelho Esq. Refere ter sentido possível luxação em região patelar com retorno espontâneo. Não apresenta deformidade aparente. Apresenta edema 3+/4+ e dor intensa ao movimentar o membro. Aplicado arnica, atadura para restringir o movimento do membro e gelo. |

|                          |                 |
|--------------------------|-----------------|
| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
| Gilberto Júnior          | (51) 98270-3529 |

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
| Enf. Gilberto Júnior            | 01/03/2022 |

|                                          |                   |    |         |                                  |
|------------------------------------------|-------------------|----|---------|----------------------------------|
| 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 |

|                   |                                                                                                                                                              |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Motivo do Retorno | Aluno em retorno, conforme pedido medico, em tratamento de fisioterapia de pós operatório, retorno para avaliação médica. no dia 11/10/2022, as 09:00 horas. |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Ass.:   
Celia T. D. da Silva  
Enfermeira  
Coren/PR 000 602.977

Celia Teixeira Damasceno Da Silva

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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: <a href="https://sistemas.usb.org.br/ama">https://sistemas.usb.org.br/ama</a> (para prestadores) ou E-mail: <a href="mailto:assistencia medica@clinicaadventista.org.br">assistencia medica@clinicaadventista.org.br</a> (não credenciados) com os seguintes dados: |
| Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12<br>Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157<br><a href="mailto:assistencia medica@clinicaadventista.org.br">assistencia medica@clinicaadventista.org.br</a> / <a href="http://curitiba.clinicaadventista.org.br">curitiba.clinicaadventista.org.br</a>                                                                                                                                          |