

2 - Nº Guia no Prestador **7604030000000**

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização 24/02/2023		5 - Senha 9668	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 9668	
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira 1119169	9 - Validade da Carteira 31/12/2023	10 - Nome IGOR DOS SANTOS WOLFF	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde
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 JOHANN MATHEUS G. GELHARDT		16 - Conselho Profissional 06	17 - Número no Conselho 41325
18 - UF 41		19 - Código CBO 225125	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Cartão do Atendimento 2	22 - Data da Solicitação 24/02/2023	23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela			
25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial		26 - Descrição	
27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.			
Dados do Contratado Executante			
29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		
Dados do Atendimento			
31 - Código CNES 9365230			

32 - Tipo Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
11	9		

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados											
36 - Data	37 - Hr. Inicial	38 - Hr. Final	39 - Tabela	40 - Procedimento	41 - Descrição	42 - Qrde.	43 - Via	44 - Téc.	45 - Fator R/Acr	46 - Valor Unitário	47 - Valor Total
1 24/02/2023	15:30	15:30	22	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	001			1.0	107,00	107,00
2 24/02/2023	15:31	15:31	22	40804097	RX - PE OU FODODACTILIO	001			1.0	35,64	35,64

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
48 - Sq. Ref.	49 - Gr. Part	50 - Cód na operadora/CPF	51 - Nome do Profissional
1	12	23876304000112	PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
52 - Conselho Prof	53 - Número no Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
06	31517	41	225270

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

59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OFME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)	65 - Total Geral (R\$)
142,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	142,64

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Igor dos Santos Wolff
Nº da Carteirinha: 11.1.9169
Instituição: IAP - Educação Básica



Data de Nascimento: 20/01/2006

Nº da Guia: 9668

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
22/02/2023	19:28:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com terceiros (Ex.: entre dois alunos)	Pé Direito, 1º Dedo Pé Direito

Descrição

Aluno em jogo de futsal no ginásio. Relata que sofreu um chute do adversário no pé D em região do hálux. Apresenta leve edema em região metatársica distal, dor ao movimentar as falanges do MID e apresenta equimose no local. Refere dificuldade para deambular.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Enf. Gilberto	(51) 98270-3529

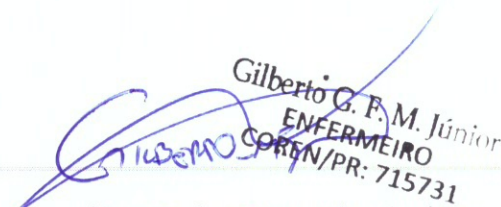
Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Júnior	22/02/2023

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

Após avaliação no dia da ocorrência e reavaliação no dia seguinte, e apresentando leve piora no quadro, encaminhado para avaliação ortopédica em HBS.

Ass.:


Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731
Gilberto Guinar Fortes Miranda Júnior

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 9668

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Numero da Carteira
1119169

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

IGOR DOS SANTOS WOLFF

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

PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT

16 - Conselho Profissional

06

17 - Numero no Conselho

41325

18 - UF

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dr. LUIZ CARLOS GONÇALVES
Osteopata e Terapeuta
Ortopedista e Cirurgião Vascular
CRM-PR 31.517 / TEOT 15300
CRMVPR 31.517

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

24/02/2023

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

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 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\$)

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 - Numero no Conselho

54 - UF

64 - 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 Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total do OPME (R\$)

63 - Total do Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

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

2 - Nº Guia no Prestador 9668

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS

000000

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

1119169

9 - Validade da Carteira

IGOR DOS SANTOS WOLFF

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RU

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 JOHANN MATHEUS G. GELHARDT

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

41325

18 - UF

41

19 - Código CBO

225125

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

25/02/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

1

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

40804097

26 - Descrição

RX - Fe ou pododactilio

27 - Qt Solic

1

28 - Qt Autoriz

0

Dados do Contratado Excusante

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 (paciente 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 - Têc

45 - % Red / Acresc

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Excusante(s)

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

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPME (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

Impresso por: EPSANTOS

Data/Hora: 25/02/2023 08:29:24

Cent/Cde: 7604030

Atendimento: 7604030

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7604030



Atendimento: 7604030 **Pedido:** 2694695 **Ac. Number:** 3367358
Registro / Nome: IGOR DOS SANTOS WOLFF
Data de Nascimento: 20/01/2006 **Idade:** 17 anos, 1 mês e 3 dias **Sexo:** M
00:00:00
Pedido do Exame: 24/02/2023 15:31:00 **Laudado:** 27/02/2023
16:45:13
Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
Médico Solicitante: LUAN CELSO GONCALVES R

RX - PÉ DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7311065 DATA: 24/02/2023 15:30
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 7604030 DT NASC: 20/01/2006 (17A 1M 5D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 595355 - IGOR DOS SANTOS WOLFF
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/02/2023 15:06 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

TRAUMA HALU DIREITO JOGANDO FUTEBOL

ADM COMPLETA POREM DOLOROSA
NEUROVASCULAR OK

CD:
- RX

7604030

PRESCRIÇÃO MÉDICA

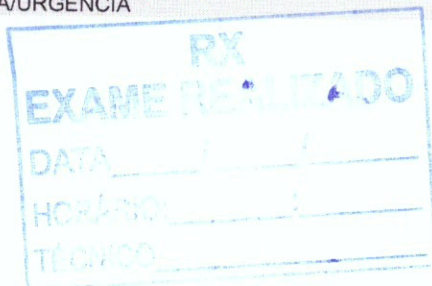
EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS	1						

Justificativa.: DIR

VISITA HOSPITALAR

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



Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR 31.517 / TEOT 35107

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31517

PRESCRIÇÃO.: 7311110 DATA: 24/02/2023 15:46
USUÁRIO....: PLCGONCALVES
ATENDIMENTO: 7604030 DT NASC: 20/01/2006 (17A 1M 5D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 595355 - IGOR DOS SANTOS WOLFF
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 24/02/2023 15:06 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: PLANTAO JOHANN MATHEUS G. GELHARDT
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: CLINICA MEDICA

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM EVIDENCIA DE FRATURAS OU LUXAÇÕES

CD:
- ORIENTAÇÕES
- ANALGESIA
- ORIENTAÇÕES

Dr. Luan Celso Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM/PR 31517 / TEOT 15107

PLANTAO LUAN CELSO GONCALVES
CRM-PR: 31517