

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: 10666

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
08/04/2023	21:00:00	Ginásio	Atividades esportivas fora de aula

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	Pé Direito, Tornozelo Direito

Descrição
Aluno em jogo de futsal no ginásio. Relata que realizou movimento de entorse em MID. Apresenta edema e algia ao movimentar o membro em região maleolar medial. Apresenta dificuldade para deambular. Realizado imobilização com atadura.

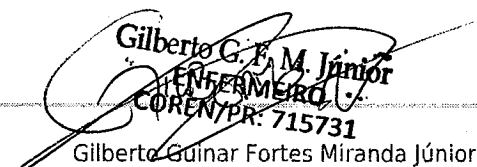
Testemunha da ocorrência	Telefone
Gilberto	(51) 98270-3529

Quem prestou primeiros socorros	Data
Enf. Gilberto Júnior	08/04/2023

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
Encaminhado para avaliação ortopédica.

Ass.:


Gilberto G. F. M. Júnior
ENFERMEIRO
COREN/PR: 715731
Gilberto Guimar 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/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 10666

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000		3 - Nº: Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Semia	
6 - Número do Beneficiário 1119169		7 - Nome da Guia Atribuído pela Operadora	
8 - Nome do Beneficiário IGOR DOS SANTOS WOLFF		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome do Beneficiário IGOR DOS SANTOS WOLFF		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento a RN N		13 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A		15 - Nome do Profissional Solicitante SAMUEL MACHADO	
16 - Conselho Profissional 06		17 - Número no Conselho 28684	
18 - UF 41		19 - Código CBO 225270	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Contratado	
22 - Data da Solicitação 08/04/2023		23 - Indicação Clínica	
24 - Tabela 1 22		25 - Código do Procedimento 10101039	
26 - Descrição Consulta em pronto socorro		27 - Qt. Solic. 1	
28 - Descrição Consulta em pronto socorro		29 - Qt. Autoriz. 0	
29 - Código na Operadora 23876304000112		30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	
31 - Código CNES 9365230		32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Atendimento 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 - Qtda. 43 - Via 44 - Tdc. 45 - % Rod / Acres. 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 64 - Código CBO	
55 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Assinatura do Contratado	
59 - Observação / Justificativa		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
61 - Total Taxas de Material (R\$)		62 - Total de OPME (R\$)	
63 - Total de Medicamentos (R\$)		64 - Total Gases Médicos (R\$)	
65 - Total Geral (R\$)		66 - Assinatura do Responsável pela Autorização	
67 - Assinatura do Responsável pelo Atendimento		68 - Assinatura do Contratado	

7684088

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

2 - Nº Guia no Prestador 7684088

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sanha

6 - Data Validado da Sanha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

1119169

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

IGOR DOS SANTOS WOLFF

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

01062326148

14 - Nome do Contratado

SAMUEL MACHADO

15 - Nome do Profissional Solicitante

SAMUEL MACHADO

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

28684

18 - UF

41

19 - Código CBO

225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Contrar de Atendimento

2

22 - Data da Solicitação

09/04/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

1 22 40804089 RX - Articulacao tibiotalarsica (tornozelo)
2 22 40804097 RX - Pe ou pododactilo

27 - Qt.Solic

1 1
0 0

28 - Qt.Autoriz

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT. 15284

Dados do Contratado Especialista

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 Atendimento (relatório ou demanda 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 - Tabo

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(a) Profissional(a) Especialista

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 do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguel (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: TORRENTAS

Data/Hora: 09/04/2023 01:07:14

Contab.Cate: 7684088

Atendimento: 7684088

Convênio: CLINICA ADVENTISTA - CLAC

7684088



Atendimento:	7684088	Pedido:	2722227	Ac. Number:	3402228
Registro / Nome:	IGOR DOS SANTOS WOLFF				
Data de Nascimento:	20/01/2006	Idade:	17 anos, 2 meses e 18 dias	Sexo:	M
	00:00:00				
Pedido do Exame:	08/04/2023 23:56:00			Laudado:	12/04/2023
					16:46:07
Convênio:	CLINICA ADVENTISTA - CLAC				
Médico Solicitante:	PLANTAO SAMUEL MACHADO				

RX - TORNOZELO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7416347 DATA: 09/04/2023 00:10
USUÁRIO.....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7684088 DT NASC: 20/01/2006 (17A 2M 18D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE....: 595355 - IGOR DOS SANTOS WOLFF
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/04/2023 23:45 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

PT
ANALGESIA
ORIENTAÇÕES
GELO
ATESTAD / REPOUSO
A DISPOSIÇÃO

7684088

PRESCRIÇÃO MÉDICA

VISITA HOSPITALAR

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

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT 15284

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

PRESCRIÇÃO.: 7416337 DATA: 08/04/2023 23:54
USUÁRIO....: PSMACHADO
ATENDIMENTO: 7684088 DT NASC: 20/01/2006 (17A 2M 18D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA - CLAC
PACIENTE...: 595355 - IGOR DOS SANTOS WOLFF
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 08/04/2023 23:45 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: SAMUEL MACHADO SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO AS 20H, COM QUEIXA DE DOR EM MALEOLO MEDIAL

EFO:
PELE INTEGRAL
EDEMA DISCRETO
FM PRESERVADA
ADM LIMITADA PELA DOR
NEUROVASCULAR PRESERVADO

PT
RAIO X

7684088

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS Justificativa.: ENTORSE Obs.: DIREITO	1					
2 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO TIBIO-TARSICA) Justificativa.: ENTORSE Obs.: DIREITO	1					

VISITA HOSPITALAR

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

Samuel Machado
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 28.684 / TEOT 1527

PLANTAO SAMUEL MACHADO
CRM-PR: 286.84

