

# AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

**Aluno:** Erislan Souza Teles  
**Nº da Carteirinha:** 11.1.10417  
**Instituição:** FAP - Educação Básica

**Data de Nascimento:** 25/12/2005

**Nº da Guia:** 11709



| Data da Ocorrência | Horário  | Local | Atividade                          |
|--------------------|----------|-------|------------------------------------|
| 04/06/2023         | 20:40:00 | Campo | Atividades esportivas fora de aula |

| O que aconteceu | Partes do corpo   |
|-----------------|-------------------|
| Torção          | Tornozelo Direito |

| Descrição                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aluno relata que estava jogando bola, e alguém por trás atingiu seu tornozelo, o mesmo caiu e sentiu uma dor forte no local. |

| Testemunha da ocorrência | Telefone        |
|--------------------------|-----------------|
| Wendel                   | (44) 99737-9191 |

| Quem prestou primeiros socorros | Data       |
|---------------------------------|------------|
| Oriovaido                       | 04/06/2023 |

| 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 |

| Observações                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aluno relata dor intensa, apresenta edema no local e dificuldade para deambular. Encaminho para avaliação médica e conduta. |

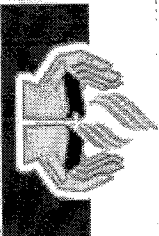
Ass.:

**Joselania Ramos Pazette Fagundes**  
**COREN-PR 173102 - ENF**

Joselania 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](mailto: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](mailto:assistenciamedica@clinicaadventista.org.br) / [curitiba.clinicaadventista.org.br](http://curitiba.clinicaadventista.org.br)



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

2 - Nº Guia no Prestador **7789617**

Folha: 1 / 1

|                                                                       |                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>000000</b>                                     | 3 - Nº. Guia Principal                                                                                                                      |
| 4 - Data de Autorização                                               | 5 - Senha                                                                                                                                   |
| 6 - Data Validade da Senha                                            | 7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora                                                                                                 |
| Dados do Beneficiário                                                 |                                                                                                                                             |
| 8 - Número da Carteira<br><b>11110417</b>                             | 9 - Validade da Carteira<br><b>ERISLAN SOUZA TELES</b>                                                                                      |
| 10 - Nome<br><b>ERISLAN SOUZA TELES</b>                               |                                                                                                                                             |
| 11 - Número do Cadastro Nacional de Saúde                             |                                                                                                                                             |
| 12 - Atendimento a RN<br><b>N</b>                                     |                                                                                                                                             |
| Dados do Solicitante                                                  |                                                                                                                                             |
| 13 - Código de Operadora<br><b>23876304000112</b>                     | 14 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>                                                                    |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>ANDRE ALBERTI CASADEI</b> | 16 - Conselho Profissional<br><b>6</b>                                                                                                      |
| 17 - Número no Conselho<br><b>38632</b>                               | 18 - UF<br><b>41</b>                                                                                                                        |
| 19 - Código CBO<br><b>225270</b>                                      | 20 - Assinatura do Profissional Solicitante<br><b>Dr. Andre Alberti Casadei</b><br><b>ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA</b><br><b>CRM-PR 38.632</b> |
| Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados             |                                                                                                                                             |
| 21 - Caráter do Atendimento<br><b>2</b>                               | 22 - Data da Solicitação<br><b>05/06/2023</b>                                                                                               |
| 23 - Indicação Clínica                                                | 24 - Tabela                                                                                                                                 |
| 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial                      | 26 - Descrição                                                                                                                              |
| 1 22 40804097 RX - Pe ou pododactilo                                  | 1 0                                                                                                                                         |
| 2 22 40804089 RX - Articulacao tibiotarsica (tornozelo)               | 1 0                                                                                                                                         |
| 3 20 90003551 DECAIRON                                                | 1 0                                                                                                                                         |
| 4 20 90470800 NOVAGINA                                                | 1 0                                                                                                                                         |
| 5 20 90480112 BICERTO IV                                              | 1 0                                                                                                                                         |
| Dados do Contratado Específico                                        |                                                                                                                                             |
| 29 - Código na Operadora<br><b>23876304000112</b>                     | 30 - Nome do Contratado<br><b>HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A</b>                                                                    |
| Dados do Atendimento                                                  |                                                                                                                                             |
| 32 - Tipo Atendimento                                                 | 33 - Indicação de Atendimento (incidente ou doença relacionada)                                                                             |
| 34 - Tipo de Consulta                                                 | 35 - Motivo da Encaminhamento 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 - % Real / Aceito.                                                                                                                       |
| 46 - Valor Unitário (R\$)                                             | 47 - Valor Total (R\$)                                                                                                                      |
| Identificação do(s) Profissional(is) Envolvidos                       |                                                                                                                                             |
| 48 - Seq. Ref.                                                        | 49 - Gr. Part                                                                                                                               |
| 50 - Código na operadora/CPF                                          | 51 - Nome do Profissional                                                                                                                   |
| 52 - Conselho Profissional                                            | 53 - Número no Conselho                                                                                                                     |
| 54 - UF                                                               | 54 - Código CBO                                                                                                                             |
| 56 - Data de Realização de Procedimento em Série                      |                                                                                                                                             |
| 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                        | 58 - Assinatura do Contratado                                                                                                               |
| 59 - Total Procedimentos (R\$)                                        | 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)                                                                                                        |
| 61 - Total Taxas de Material (R\$)                                    | 62 - Total de OPMs (R\$)                                                                                                                    |
| 63 - Total de Medicamentos (R\$)                                      | 64 - Total Gastos Médicos (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 - SPISADT

2 - Nº Guia no Prestador 11709

Folha 1 / 1

1 - Registro ANS  
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentença

6 - Data Validade da Sentença

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira  
1110417

9 - Validade da Carteira

10 - Nome  
ERISLAN SOUZA TELES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN  
N

13 - Código da Operadora  
23876304000112

14 - Nome do Contratado  
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante  
LUCAS SALEM VEDOVELLO

16 - Conselho Profissional  
6

17 - Número no Conselho  
41319

18 - UF  
41

19 - Código CBO  
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Cartão de Atendimento  
2

22 - Data da Solicitação  
05/06/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela  
1 22

25 - Código do Procedimento  
10101039

26 - Descrição  
Consulta em pronto socorro

Dr. André Alberti Casagrande  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM - PR 056532

27 - Qt. Solic.  
1

28 - 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 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 - Qtd. 43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acresce.

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

54 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

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

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de CPV/E (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: DITSUDA

Data/Hora: 05/06/2023 14:40:31

Central/Doc: 7789617

Atendimento: 7789617

Convênio: INST. ADVENTISTA-LAP

\*778.9617\*



**Atendimento:** 7789617 **Pedido:** 2759452 **Ac. Number:** 3449308  
**Registro / Nome:** ERISLAN SOUZA TELES  
**Data de Nascimento:** 25/12/2005 **Idade:** 17 anos, 5 meses e 10 dias **Sexo:** M  
00:00:00  
**Pedido do Exame:** 05/06/2023 16:05:00 **Laudado:** 06/06/2023  
08:29:44  
**Convênio:** INST.ADVENTISTA-IAP  
**Médico Solicitante:** ANDRE ALBERTI CASADEI

### **RX - TORNOZELO DIREITO**

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

ANTONIO SHIGUEAKI YONEKURA

CRM- PR: 4608

PRESCRIÇÃO.: 7561526 DATA: 05/06/2023 16:03  
USUÁRIO....: AACASADEI  
ATENDIMENTO: 7789617 DT NASC: 25/12/2005 (17A 5M 10D)  
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP  
PACIENTE....: 605041 - ERISLAN SOUZA TELES  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 05/06/2023 14:40 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: LUCAS SALEM VEDOVELLO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL  
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

ENTORSE DE TORNOZELO DIREITO ONTEM  
DEAMBULANDO COM AUXILIO

DOR A PALPAÇÃO DE MALEOLO LATERAL COM EDEMA E EQUIMOSE  
ADM DOLOROSA  
NEUROVASCULAR PRESERVADO

RX  
ANALGESIA  
REAValiação

**\*7789617\***

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

1 RX MEM INF PE OU PODODACTILOS

Justificativa.: DIREITO

2 RX MEM INF TORNOZELO (ARTICULACAO  
TIBIO-TARSICA)

Justificativa.: DIREITO

#### MEDICAMENTOS

3 C.C. NOVALGINA 1G 2ML INJ

|-> AGUA DESTILADA 10 ML INJ

4 C.C. DECADRON 4MG/ML, AMPOLA 2.5ML, (IM,  
EV)

5 BICERTO 100MG/100ML SOL INJ

| Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|

|   |          |  |    |       |         |       |
|---|----------|--|----|-------|---------|-------|
| 1 | AMPOLA   |  | EV | AGORA | [05/06] | 16:04 |
| 1 | AMPOLA   |  | EV | AGORA | [05/06] | 16:04 |
| 1 | FR 2.5ML |  | EV | AGORA | [05/06] | 16:04 |
| 1 | BOLSA    |  | EV | AGORA | [05/06] | 16:04 |

#### VISITA HOSPITALAR

6 CONSULTA HOSPITALAR  
EMERGENCIA/URGENCIA

| Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|

ANDRE ALBERTI CASADEI  
CRM-PR: 38632

PSC  
orto

Dados do Atendimento

Atendimento: 7789617 Data/Hora: 05/06/2023 14:40 Prioridade: Baixa  
Paciente: 605041 - ERISLAN SOUZA TELES Sexo: M Nasc.: 25/12/2005 (17a 5m 10d)  
Prestador: 6335 - LUCAS SALEM VEDOVELLO Especialidade: 11 - CIRURGIA GERAL  
Origem: 98 - PRONTO SOCORRO CARDIOLOG HBSM Serviço: 2 - CIRURGIA GERAL

Clínica

Admissão

Primeiro atendimento? Sim ☐ Não ☒ Retorno com a mesma queixa? Sim ☐ Não ☒

Queixa principal: PCT REFERE TRAUMA EM PÉ DIREITO ONTEM.

Doenças Crônicas e Alergias

Diabetes: N

Úlcera: N

Hipertensão: N

Asma: N

Outros: SPO2:99 FR:16 DOR:04

Alergias: NEGA

Sinais Vitais

P.A.: 102 x 61 mmHG Pulso: 77 bpm Temperatura: 36,1 °C

Oncologia

Questionário

|                      |                                                                                          |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nascimento: Distócio | Prótese Dentária? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>   |
| Menarca:             | Bebe Álcool? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>        |
| Últ. Menstruação:    | Fumante? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>            |
| Nº de Partos:        | Dor? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                |
| 1º Congresso Sexual: | Câncer na Família? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>  |
| Higiene Bucal: Boa   | Consultou o médico? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> |
| Cidade:              | UF: Hospital: VERDE                                                                      |

Outros

Tratamento? Sim ☐ Não ☒ Qual?

Medicações:

Antecedentes Patológicos:

Histórico da Doença:

Observações: