

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Hugo Fuccio Pagotto
Nº da Carteira: 11.1.12913
Instituição: FAP - Educação Básica

Data de Nascimento: 26/12/2005

Nº da Guia: 12802

CNPJ: 15.116.763/0004--

Alameda Júlia da Costa 1447, Bigorri
CEP: 80.730-070

Curitiba-PR

(41) 99519118 (41)32402935

Inscrição estadual: Isento.

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
14/08/2023	14:00:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu	Partes do corpo
Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)	Joelho Direito

Descrição

Aluno relata que estava participando das olimpíadas, no jogo de futsal, ao defender uma bola, bateu o joelho direito no chão.

Testemunha da ocorrência**Telefone**

Prof Paulo

(44) 9981-2241

Quem prestou primeiros socorros**Data**

Livia Lima

15/08/2023

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

Apresenta discreto edema na lateral do joelho direito, dificuldade para deambular, relata dor intensa ao exame físico. Solicito Avaliação médica e conduta.

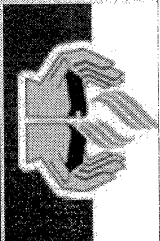
Ass.: _____

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 (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/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 12802

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Sentia

6 - Data Validade da Sentia

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira
11112913

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
JOSELI ABELHA FUCCIO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
23876304000112

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

15 - Nome do Profissional Solicitante
RAFAEL SALEM VEDOVELLO

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número do Conselho
46406

18 - UF
41

19 - Código CBO
225225

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cartão de Atendimento
2

22 - Data da Solicitação
17/08/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1

25 - Código do Procedimento
22

26 - Descrição
Consulta em pronto socorro

38874

27 - Qt. Solic.
1

28 - Qt. Autoriz.
0

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARTANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES
9365230

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 - Têc.
45 - % Red / Acresc.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação dos Profissionais Executantes

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Prof.

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - 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 Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

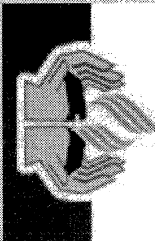
64 - Total Gastos Medicináveis (R\$)

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 - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 12802

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000 3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Válida da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira

9 - Validade da Carteira

10 - Nome

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

11112913

HUGO FUCCIO PAGOTTO

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora

14 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante

16 - Conselho Profissional

17 - Número no Conselho

18 - UF

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID

6

38877

41

225270

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Cardior de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

2

17/08/2023

38877

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Ql. Solu.

28 - Ql. Autoriz.

1

0

1

40804062

RX - Patela

1

0

Dados do Contratado / Encarregado

29 - Código na Operadora

30 - Nome do Contratado

23876304000112

HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES

9365230

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 - H. Inicial

38 - H. Final

39 - Tabela

40 - Código do Procedimento

41 - Descrição

42 - Qlida

43 - Via

44 - Tec.

45 - % Red / Acres.

46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

48 - Valor Total (R\$)

49 - Valor Total (R\$)

50 - Valor Total (R\$)

51 - Valor Total (R\$)

52 - Valor Total (R\$)

53 - Valor Total (R\$)

54 - Valor Total (R\$)

55 - Valor Total (R\$)

56 - Valor Total (R\$)

57 - Valor Total (R\$)

58 - Valor Total (R\$)

59 - Valor Total (R\$)

60 - Valor Total (R\$)

61 - Valor Total (R\$)

62 - Valor Total (R\$)

63 - Valor Total (R\$)

64 - Valor Total (R\$)

65 - Valor Total (R\$)

Identificação do(a) Profissional(a) Encarregado(a)

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

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

6 -

7 -

8 -

9 -

10 -

11 -

12 -

13 -

14 -

15 -

16 -

17 -

18 -

19 -

20 -

21 -

22 -

23 -

24 -

25 -

26 -

27 -

28 -

29 -

30 -

31 -

32 -

33 -

34 -

35 -

36 -

37 -

38 -

39 -

40 -

41 -

42 -

43 -

44 -

45 -

46 -

47 -

48 -

49 -

50 -

51 -

52 -

53 -

54 -

55 -

56 -

57 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Materiais (R\$)

62 - Total de OPIE (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gastos Medicinas (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ISACSILVA

Data/Hora: 17/08/2023 16:50:02

Controle: 791793

Atendimento: 791793

Convênio: INST ADVENTISTA-AP

7917983



Atendimento: 7917983 Pedido: 2806091 Ac. Number: 3509869
Registro / Nome: HUGO FUCCIO PAGOTTO
Data de Nascimento: 26/12/2005 Idade: 17 anos, 7 meses e 21 dias Sexo: M
00:00:00
Pedido do Exame: 17/08/2023 15:30:00 Laudado: 23/08/2023
09:54:39
Convênio: INST.ADVENTISTA-IAP
Médico Solicitante: NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID

RX - JOELHO DIREITO

- Estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.

OSCAR ADOLFO FONZAR

CRM- PR: 8874

PRESCRIÇÃO.: 7734810 DATA: 17/08/2023 15:29
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7917983 DT NASC: 26/12/2005 (17A 7M 22D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 611406 - HUGO FUCCIO PAGOTTO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/08/2023 14:27 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

paciente relata trauma direto em joelho direito, jogando futebol como goleiro ha 2 dias

sem palpação medial joelho
pele integra
edema discreto
adm e fm preservada porem dolorosa
neurovasc prservado

pt
analgesia
orientações
rx

7917983

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOST. POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 RX MEM INF JOELHO OU ROTULA:A.P. - LAT. - AXIAL	1					
Justificativa.: <i>direito</i>						

VISITA HOSPITALAR

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

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUB SAID
CRM-PR: 38877

PRESCRIÇÃO.: 7734904 DATA: 17/08/2023 15:58
USUÁRIO....: PNAMSAID
ATENDIMENTO: 7917983 DT NASC: 26/12/2005 (17A 7M 22D)
CONVÊNIO....: INST.ADVENTISTA-IAP
PACIENTE....: 611406 - HUGO FUCCIO PAGOTTO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 17/08/2023 14:27 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO CARDIO - HBSM LEITO...: COBERTURA:
CID.....: CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

RX SEM SINAIS DE FRATURA COM DESVIO OU LUXAÇÃO

PT
GELO
ANALGESIA
ORIENTAÇÕES
REPOUSO
ATESTADO
ALTA

PLANTAO NOUR ALIMAN EL MAJZOUN SAID
CRM-PR: 38877